45e Année. — N° 9. Vendredi 4 Mars 1898.

LA FRANCE MÉDICALE

ET

PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Radiographie : Accidents cutanés et viscéraux consécutifs à l'emploi des rayons X (*suite*), par les Drs Oudin, Barthélemy et Darier, 131. — **Bibliographie** : Précis d'ophthalmologie, 132. — **Académie des sciences** : *Séance du 21 février* 1898. Présidence de M. Wolf. — Semoules et pâtes alimentaires, 132. — **Académie de médecine** : *Séance du 12 mars* 1898. Présidence de M. Jaccoud. — Traitement chirurgical de la paralysie faciale par traumatisme intra-rocheux. L'anastomose du facial et de la branche trapézienne du spinal, 133. — Traitement du trachome par la tarsostrophie, 133. — Election, 133. — Le Vésicatoire, 134. — **Société médicale des hôpitaux** : *Séance du 25 février* 1898. Présidence de M. Sevestre. — L'opothérapie surrénale. Présentation d'un addisonien guéri depuis trois ans, 134. — Recherches sur l'action antitoxique des centres nerveux pour la strychnine et la morphine, 134. — Paralysie récurrentielle incurable bénigne consécutive à une rougeole, 135. — Statistique de diphtérie, 135. — **Société médicale des Bureaux de bienfaisance** : *Séance du 12 janvier* 1898. Présidence de MM. Séailles et Gourichon. — De l'organisation du service des accouchements dans les Bureaux de bienfaisance, 137. — Revision de la liste des médicaments, 137. — Du service des consultations du dispensaire de la rue Ordener, 138. — **Société de chirurgie** : *Séance du 2 mars* 1898. Présidence de M. Berger. — Tumeur du sein, 138. — Traitement des luxations anciennes de l'épaule, 138. — Du rôle que la nature de l'aide opératoire peut jouer dans les psychoses opératoires, 138. — Corps étrangers (tube d'argent) du sinus maxillaire. Révélation par les rayons X, 138. — Corps étrangers (aiguille) de la main. Rayons X. Ablation, 138. — Luxation récidivante par arthrite sèche de l'épaule. Résection. Guérison, 138. — **Société de médecine de Paris** : *Séance du 26 février* 1898. Présidence de M. Aug. Voisin. — L'hérédité seconde en syphilis, 139. — **Nouvelles**, 143

RADIOGRAPHIE

Accidents cutanés et viscéraux consécutifs à l'emploi des rayons X,

Par les Drs Oudin, Barthélemy et Darier.

(*Suite*) (1)

Troisième partie. — Analyse des observations.

Caractères des lésions radiographiques.

L'action nuisible des Rayons X sur l'organisme se manifeste donc, en concluant d'après les observations précédentes, par :

A. Lésions tégumentaires : épiderme, derme.

1° Forme aigue : rougeur, douleur, tuméfaction, vésicules, phlyctènes, desquamation, vésication, et même escarification avec cicatrices définitives.

2° Forme chronique : dermite, épaississement, perte d'élasticité, de sensibilité, desquamation, etc.

3° Chûte des poils, cheveux, barbe, ongles, (lésions épidermiques superficielles).

B. Symptômes viscéraux.

A. — Les lésions cutanées (dermites ou dermatites des rayons Roentgen), présentent les caractères suivants :

1° Elles sont anodines ou graves, superficielles ou profondes (Voir observations et deuxième aspect des lésions), variables suivant leur siège, variables également dans une certaine mesure suivant l'état constitutionnel des sujets. (Voir observations et principalement obs. XV.) Elles sont comparables sous plusieurs rapports aux brûlures électriques ordinaires (asepsie, apyrexie). (Voir chap. III, Brûlures électriques.)

2° Elles sont lentes à paraître.

Les accidents que produisent les nouvelles radiations sur la peau ne sont pas immédiatement consécutives à l'exposition; ils ont un processus assez lent et peu variable et ne se manifestent généralement que plusieurs semaines après la dernière séance : Obs. I (le lendemain); V (plusieurs semaines après); IV, VIII, IX, XIX, XXII, XXIII, XXVI, XXXIV, XXXV (après de nombreuses expositions); X (huit jours après la première séance); XI (après plusieurs séances); XII (après la 11e séance, alopécie; huit jours plus tard, dermatite); XIII (sept jours après la 1re exposition); XIV, XXXIII (plusieurs jours après); XV (six jours après); XVII, XX, XXX, XXXIX (deux jours après la dernière séance); XXIV (deux semaines après); XXV, XXXVI (dix jours après); XXVII (après 2e exposition); XXIX (neuf jours après); XL (expositions prolongées et fréquentes); XLI (vingt et un jours plus tard).

3° Dans leur aspect elles se caractérisent par :

a. L'irritation, la rubéfaction (érythème) suivie parfois d'inflammation de la peau. Voir observations : I, II (Irritation); I, IV, V, VIII, IX, XI, XV, XVI, XX, XXIV à XXVIII, XXIX, XXXI, XXXIII, XXXIV, XXXV, XL (Rubéfaction); XIII, XVII, XVII, XVIII, XXXVIII (Erythème); V, XXXIV, XXXV (Inflammation).

b. La décoloration de la peau, et la formation de taches foncées brunâtres (*pigmentation* exagérée). (Voir dermatite chronique, page 40 et observations V, VIII, XXIII (coups de soleil, page 56). Voir observations :

(1) Voir *France Médicale*, n° 8, p. 113.

V, VIII, XIX, XXII (coloration brunâtre); XXIII, XXIV, XXVII, XXX, XXXV, XXXIX.

c. L'exfoliation directe de l'épiderme (desquamation simple). Voir observations : I, II, III, V, XVI, XXIV à XXVIII, XIX, XXXV, XXXVIII, XL.

d. Des éruptions. La formation des vésicules après une période d'hypérémie, des phlyctènes (avec ou sans écoulement et exsudation). Voir observations : I, II, IV, XIII, XVII, XX, XXIII, XXIV, XXV, XXXVI, XXXVIII (vésicules); VIII, XXIX (ampoules); XXXIII, (phlyctènes); XVII, XV, XIX, XXIX, (écoulement); XXXIX (exsudation).

e. Du gonflement, de la tuméfaction des tissus cutanés. Voir observations : IV, VII, IX, X, XI, XXII, XXXIII, XXV, XXVI, XXVII, XXIX, XXXII, XXXV.

f. Des escarres. Ces dernières sont douloureuses ou indolentes, mais en tout cas, elles ont été longues à se détacher. Voir observations : X, XIII, XV, XVII, XX, XXX, XXXI.

g. Des ulcérations. Voir observations : VI, XIV, XVII, XX, XXX, XXXIV, XXXVIII, XL.

4° Elles sont douloureuses, (sensibilité exagérée, démangeaisons, cuissons, douleurs névralgiques, etc.).

D'après les observations de Gilchrist la douleur serait surtout intense quand il y a éruption sur les mains; les lésions du dos et du ventre seraient indolentes. (Nous avons des cas qui témoignent de l'exagération de cette conclusion). Voir observations : I, XVII, XIX, XXII, XXV (très douloureuse); XXIX, XXX, XXXIII à XXXVI, XXXVIII, XXXIX, XL, V, IX, XI, XII, XV (très douloureuse).

Nota. — Dans trois cas (IX, XXII, XL) la sensibilité tactile a été émoussée. Dans un cas, il s'est développé une sensibilité spéciale. (Voir XL).

5° Leur guérison, comme leur processus, est tardive à se produire.

La disparition des taches, le dessèchement de l'épiderme, son exfoliation, sa chute, la guérison de l'ulcération, se font très lentement.

Voir observations : I, VI, VII, X, XIII, XV, XX, XXIV, XV, XXXIX, XXX, XXXIII, XXXIV, XXXV, XL.

Nota. — La répétition de ces brûlures donne à la peau une teinte foncée, elle devient rugueuse, écailleuse, etc. Aussi doit-on admettre dans les dermatites des rayons X, deux formes :

La forme aigüe, qui est celle des opérés et dont les observations nombreuses données plus haut nous présentent les caractères.

La forme chronique, qui est celle des opérateurs, (Voir observations IX, concernant MM. Oudin et Radiguet, V, VIII, XXIII), et qui est bien décrite aussi dans l'observation suivante :

XL. — Dans deux cas, la peau de la face dorsale des mains n'a subi d'altération spéciale qu'à la suite d'une exposition prolongée aux rayons X, exposition durant plusieurs heures par jour et se répétant pendant plusieurs mois consécutifs. Il faut ajouter que les rayons employés étaient toujours d'une grande intensité. Ces circonstances vraiment exceptionnelles ne se sont rencontrées que parce qu'il s'agit de deux électriciens de profession qui, dès le début de la découverte de Roentgen, se sont livrés avec ardeur à l'étude des nouveaux rayons.

C'est peu à peu que ces Messieurs ont vu la peau de leurs mains subir une altération qui, en deux ou trois mois, a atteint le degré de développement que nous observons aujourd'hui, et qui les oblige à interrompre leurs travaux ou, tout au moins, à prendre des précautions spéciales.

L'affection siège exclusivement aux mains, parce que les mains, servant, par leur interposition, à comparer les divers degrés de fluorescence des écrans, ont surtout été exposées à l'action des rayons X.

Cette affection cutanée présente les caractères suivants :

La peau est lisse, luisante, rouge, violacée offrant un peu la coloration des engelures.

La surface en est durcie, comme parcheminée. La peau paraît un peu épaissie et se laisse plus difficilement déplacer sur les parties profondes.

Les plis, rides et sillons sont très accentués; et le fond des plis, d'aspect blanchâtre s'ulcère quelquefois. Il se produit alors quelque chose d'analogue aux crevasses survenant sous l'influence du froid.

L'épiderme s'écaille et s'enlève par places. La face palmaire, chez l'un de nos sujets, présente le même aspect de sécheresse, de dureté et de plis blanchâtres.

Les poils de la face dorsale de la main et des doigts ont complètement disparu et leur place est marquée d'un point noir correspondant au bulbe pileux. Sur un de nos sujets, l'annulaire muni d'une grosse bague en or a conservé à ce niveau, à l'endroit circulaire recouvert par le bijou, l'aspect normal de la peau. A la face dorsale existe encore une petite touffe de poils, les seuls qui persistent sur toute la main.

Les ongles n'ont pas subi une altération moins profonde. Ils sont aplatis, amincis, friables; ils finiraient à la longue par disparaître.

Les mouvements des doigts et de la main, dans leur ensemble, sont gênés par la raideur de la peau. On observe un léger degré de tremblement. La force musculaire n'a pas paru diminuée et il n'y a pas d'émaciation, ni d'atrophie, pas non plus d'hypertrophie.

Il n'existe pas de douleurs, à proprement parler, mais une sensation de gêne, et par instants à l'extrémité des doigts une sensation de serrement analogue à celle produite par des gants trop serrés. En même temps, le sens du toucher est légèrement obscurci. Par contre, chez l'un, le plus gravement atteint, il se serait développé une sensibilité spéciale. Il prétend qu'il peut reconnaître la présence et l'intensité des rayons X, à une sensation de chaleur spéciale sur sa main, sensation qu'il dit ne pas confondre avec les picotements des effluves électriques.

La marche lentement mais nettement progressive

de l'affection nous a conduits à donner à nos deux sujets le conseil d'interrompre, tout au moins momentanément, leurs travaux, dans la crainte que ce qui n'est maintenant qu'une gêne et une incommodité devienne, en s'aggravant, une affection sérieuse, d'une guérison difficile et peut-être incertaine. (Académie des sciences, 31 mai 1897. Note de MM. Paul Richer et Albert Londe, présentée par M. d'Arsonval.)

2° Les accidents deviennent plus graves et sont plus faciles à produire quand sont exposées aux radiations X des régions non guéries ou des régions déjà malades, comme on peut voir quand il s'agit de lupus ou de dermites variées qu'on cherche à guérir par les rayons. Cette remarque conduit aussi à penser que, comme pour l'action de la lumière solaire, depuis le coup de soleil jusqu'à la simple tache de rousseur et au chloasma solaire, la résistance de la peau varie considérablement selon les sujets, eussent-ils toutes les apparences de peau saine et normale.

B. — L'action nuisible des rayons X peut se limiter à des lésions portant sur l'épiderme et ses appendices, (chûte des poils, des cheveux, de la barbe, des ongles). Ces effets peuvent se produire sans qu'il y ait inflammation préalable apparente.

Le professeur Daniel, de l'Université Vanderbilt, a constaté un des premiers l'action dépilatoire des rayons X.

XLII. — Dans une expérience faite sur le Dr Dudley (tube placé à 1 pouce 1/2 des cheveux ; exposition pendant une heure) on constata vingt-et-un jours plus tard que les cheveux tombèrent sur une surface de deux pouces de diamètre, correspondant au champ d'action des rayons et sans produire de lésions inflammatoires.

Dès lors on crut pouvoir proposer les rayons X comme un des meilleurs moyens de pouvoir réaliser une épilation systématique, rapide, indolente, dut-elle être répétée tous les deux ou trois mois.

Ces résultats n'étaient pas pour déplaire aux dermatologistes qui savent combien les pommades ou les divers procédés dépilatoires sont inconstants, combien la dépilation électrolytique satisfait peu les intéressées, etc.

Mais des expériences nouvelles ne tardèrent pas à dissiper ces espérances, qui se réaliseront probablement un jour, mais qui ne permettent pas encore d'agir avec toute la précision désirable en pareil cas. On fit remarquer que souvent les effets dépassaient ce qu'on s'était proposé ; que l'action sur le système pileux était le plus souvent secondaire, que les poils ne tombaient pas seuls, mais que leur chûte était due la plupart du temps à l'exfoliation de l'épiderme quand elle n'était pas la conséquence de la chûte d'escarres, etc., d'où l'impossibilité d'utiliser cette action des rayons à une épilation limitée, définie, systématique, avec assurance d'éviter toute complication ultérieure et de n'agir que sur des points déterminés.

Cette conclusion n'est qu'à peu près exacte ; elle est certainement hâtive et inspirée plutôt par une vue théorique que par la pratique ; en tout cas, elle n'est pas définitive, elle n'est pas même vraie dès à présent pour tous les cas. Il y a des observations en effet où la dépilation s'est faite, sans production d'aucun autre phénomène pathologique, et cela, non pas dans un cas, mais dans plusieurs. (Obs. XI, XII, etc.).

Inversement, dans les observations I, XL, on a constaté la persistance des poils sur la partie enflammée. XXII, XXVI, I, IV, VII, XI, XII, XVIII, XIX, XXVIII, XXXII, XXXVI, XLI, XL.

C. — On avait d'abord nié l'action des rayons X sur les organes internes et admis que leur application ne pouvait être suivie de *symptômes viscéraux*.

Des observations ultérieures ont prouvé qu'il ne faut pas, en pareille matière, produire d'affirmations hâtives, sous peine de recevoir, là encore, des faits eux-mêmes, des démentis catégoriques.

XLIII. — Un enfant de 7 ans, ayant bien déjeuné le matin, fut soumis à la radiographie. — Tube de Colardeau, placé à 20 centimètres de l'épigastre, actionné par six ou sept ampères. — Un quart d'heure après que les rayons eurent été dirigés sur le ventre, il se produisit des vomissements. — La séance fut interrompue pendant un quart d'heure, puis reprise pendant 45 minutes ; elle fut très bien supportée. Pourtant deux mois plus tard, l'enfant, qui mangeait bien et présentait un bon état de santé, se plaignait encore de douleurs dans le ventre, bien qu'on n'observât aucune espèce de troubles. (Drs Oudin et Barthélemy.) La santé parfaite finit par reparaître.

Si l'on reste soumis pendant très longtemps à l'action des rayons X, on peut éprouver du côté du cœur des troubles particuliers qui se font sentir par des palpitations insupportables et des battements très violents et très irréguliers. M. Gaston Seguy dit l'avoir constaté sur lui-même après de nombreuses expositions aux radiations.

XLIV. — M. F. Quénisset a fait les mêmes constatations sur une personne qu'il avait soumise pendant assez longtemps au traitement des rayons X pour y expérimenter leur action thérapeutique. Le malade a d'abord éprouvé une grande oppression du côté du cœur, puis des battements très violents et irréguliers qui devenaient absolument insupportables et dangereux lorsque les rayons X traversaient la poitrine. On fut obligé de placer une feuille métallique assez épaisse pour intercepter les radiations sur la partie éprouvée. (MM. Gaston Seguy et F. Quenisset).

XLV. — Une enfant de 7 ans, atteinte de tuberculose, soumise à la radiographie pendant une heure à chaque séance eut, pendant la cinquième séance, des vomissements. — Ceux-ci se reproduisirent le lendemain pendant la sixième séance. — Dans les séances ultérieures il n'y eut plus aucun accident. (Dr Ausset (Lille) hôpital Saint-Sauveur.)

XLVI. — Un jeune homme de 22 ans, employé de la maison Radiguet, est spécialement attaché à la vente des

appareils de radiographie et de radioscopie. Il passe sa journée auprès des tubes en activité, et comme il est particulièrement maigre et qu'il y a un thorax très transparent, il est placé à chaque instant comme exemple devant l'écran.

Il parait que M. le professeur Bouchard lui aurait dit il y a quelques mois qu'il devrait se soigner parce qu'il lui voyait des taches sombres au sommet gauche. Néanmoins, comme il ne toussait jamais il ne porta pas d'attention à cette recommandation. Il se plaignait pourtant de palpitations et de cardialgies qu'il attribuait aux rayons X. Envoyé à l'Exposition de Bruxelles, il eut plus que jamais l'occasion d'être examiné à l'écran. Brusquement il fut pris un jour de point de côté, de dyspnée, de fièvre intense et il rentra à Paris où nous constatâmes une poussée de tuberculose aiguë ayant envahi tout le poumon gauche et le sommet droit.

Ainsi, dans ce cas, loin d'être curatifs d'accidents tuberculeux, les rayons X n'ont pas empêché, ont peut-être contribué, à produire une poussée aiguë de généralisation bacillaire. (Drs Oudin et Barthélemy).

De même, dans les observations données de dermatites des rayons de Roentgen, on trouve qu'il y a eu quelquefois des troubles fonctionnels d'organes internes. — Voir observations : IV (troubles de la vue) ; VI. XVII. XX (nausées, vomissements, etc.).

Nota. — L'action nocive des rayons X se serait même manifestée par des lésions spéciales; et, d'après une observation de M. Foret, du Hâvre, communiquée à l'Académie des sciences le 12 avril 1897. (Notons en passant qu'un grand nombre d'observations sont faites par des hommes qui n'ont aucune instruction médicale.) « Des abcès se seraient déclarés, chez un malade soumis à la radiographie. »

— Mais, comme l'a fait remarquer le professeur Lannelongue, le cas n'est pas suffisamment probant pour établir avec certitude de telles conséquences pernicieuses des rayons X. Il eut fallu s'assurer que ces lésions ne contenaient pas de microbes spécifiques, qu'elles ne préexistaient pas, etc. Aussi ne rappelons-nous ce fait que pour mémoire.

En résumé, on peut garder de la lecture des observations certaines indications significatives : intensité électrique excessive; distance minime de la peau à l'ampoule; durée de la radiation; répétition de séances à de courts intervalles, 2 par jour, etc.; variations de susceptibilité individuelle; résistance variable de la peau, plus ou moins humectée de sueur; différence de résistance par la peau antérieurement malade.

Aucune de ces conditions ne produit des effets constants chez tous les sujets; quelques accidents ont eu lieu à distance; d'autres sujets n'ont rien eu placés dans des conditions identiques, etc.

Terminons en rappelant les caractères principaux des lésions radiographiques : pas de sensation immédiate; apparition après un temps assez long; lenteur de réparation; douleurs consécutives assez vives, etc.

De toutes ces constatations, peut-on déduire la vraie cause? Non, pas encore. Les théories sont nombreuses, toutes discutables, sur le mécanisme, l'interprétation des effets, etc.

(*A suivre.*)

BIBLIOGRAPHIE

Précis d'ophthalmologie, par le Dr Félix Lagrange, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux, in-16, 704 pages avec 229 figures dans le texte et 4 planches en chromolithographie. Paris, 1897.

Ceux qui connaissent le Dr Lagrange et savent quel soin il a mis à publier ses différents mémoires, les développements qu'il leur donne, les détails cliniques et anatomo-pathologiques sur lesquels il tient à les appuyer, liront avec beaucoup de fruit, certes, mais aussi avec une certaine curiosité le précis d'ophthalmologie qu'il vient de faire paraître. On dirait un devoir, fait non par un très bon élève, mais par un excellent maître qui a voulu faire tenir dans le petit nombre de pages qui lui était réservé tout ce qu'il avait dans la tête. Ce livre est donc très condensé et on y trouve tout ce qui est contenu dans d'autres volumes beaucoup plus gros, tout cela exposé d'une façon parfaitement claire, mais sans aucun développement inutile. Ce *précis* d'ophthalmologie mérite fort bien son nom et nous le recommanderons vivement aux étudiants auxquels il est d'ailleurs destiné.

A. Chevallereau.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 21 février 1898. — Présidence de M. Wolf.

Sur les dérivés de la cinchonine. M. E. Grimaux.

Production de substance mucinoïde par les bactéries — MM. A. Charrin et A. Desgrez.

Sur l'amertume des vins. — MM. J. Bordas, Joulin et Rackowski.

Sur l'aptitude à germer des spores de la Truffe et le rôle de l'arome. — M. A. de Grâmont de Lesparre.

Semoules et pâtes alimentaires. — M. Balland. — On comprend généralement sous le nom de *pâtes alimentaires* le vermicelle, le macaroni, les nouilles et les petites pâtes pour potages, de formes très variées (lettres, étoiles, croix, lentilles, etc.), désignées encore sous le nom de *pâtes d'Italie* bien que, depuis longtemps, nous ne soyons plus tributaires de ce pays. C'est en s'inspirant des remarquables travaux de Millon sur les blés d'Algérie (1851-1854) que M. Bertrand, de Lyon, à partir de 1854, a utilisé exclusivement les blés durs d'Afrique à la fabrication des pâtes alimentaires. L'impulsion donnée par ce grand industriel ne s'est pas ralentie et les pâtes fabriquées à Lyon et à Marseille, avec des semoules algériennes, rivalisent aujourd'hui en qualité et l'emportent en valeur alimentaire sur les plus belles pâtes d'Italie...

Les semoules, beaucoup moins affleurées que les farines, s'obtiennent en traitant les blés suivant un mode de mouture spécial : elles représentent principalement cette partie

gruauteuse du grain qui est comprise entre les couches centrales, moins azotées, et les enveloppes extérieures si riches en matières salines, grasses et cellulosiques. Aussi, leur composition diffère-t-elle notablement de celle des farines ordinaires : il y a plus d'azote, mais moins d'amidon, de graisse, de cellulose et de cendres.

Les pâtes, qui ne sont que de la semoule pétrie avec de l'eau bouillante, moulée puis desséchée, ont exactement la composition des semoules employées à leur fabrication. Elles reprennent de l'eau, à froid et à chaud, en conservant leur forme : toutefois, si l'on en fait des pâtons après les avoir broyées ou pulvérisées, on constate que le gluten, plus ou moins coagulé par l'eau bouillante, a perdu l'élasticité qu'il avait au début dans les semoules et qu'il ne se rassemble que très difficilement.

Dans les analyses de semoules et de pâtes françaises que nous présentons, la qualité des denrées est généralement en rapport avec leur teneur en matières azotées. Nous y avons ajouté, à titre de comparaison, des analyses de semoules de riz, de tapioca exotique, et de tapioca factice fabriqué en France avec de la pomme de terre.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 12 mars 1897. — Présidence de M. Jaccoud.

Traitement chirurgical de la paralysie faciale par traumatisme intra rocheux. L'anastomose du facial et de la branche trapézienne du spinal. — M. le Dr J.-L. Faure, chirurgien des hôpitaux, lit cet note en son nom et au nom de M. le Dr F. Furet La paralysie consécutive à la section ou à la destruction du facial dans sa portion intra-rocheuse a été jusqu'ici considérée comme incurable.

Nous pensons cependant qu'on peut tenter de la guérir, et cela par une opération rationnelle, scientifique, parfaitement réglée, relativement facile et tout à fait inoffensive.

Cette opération consiste dans l'anastomose du tronc du facial à sa sortie du rocher avec la branche externe du spinal.

Les notions actuellement acquises sur la régénération des nerfs après leur suture permettent d'espérer que les tubes nerveux partis du bout central du spinal iront régénérer le bout périphérique du facial, provoquer le rétablissement de la contractilité musculaire et guérir la paralysie.

Nous avons pratiqué cette opération le 23 janvier 1898.

P..., 49 ans, présente depuis dix-huit mois une paralysie faciale droite absolue, à la suite d'un coup de revolver dans l'oreille. Une opération faite en avril 1897 pour extraire la balle est demeurée sans résultat. L'examen électrique a révélé la réaction de dégénérescence. Il est donc certain que la paralysie faciale est irrémédiable.

Une incision de 12 centimètres sur le bord-antérieur du sterno-mastoïdien permet de pratiquer cette opération, dont voici les principaux temps : recherche du tronc du facial au point où il croise transversalement la base de l'apophyse styloïde, et section de ce tronc. Recherche de la branche externe du spinal, dont on sectionne le faisceau trapézien au point où il entre dans le sterno-mastoïdien, en respectant les rameaux nerveux qui vont à ce muscle. Anastomose des deux troncs nerveux par une suture au catgut.

Suture de la peau au crin de Florence après une seule ligature sur l'artère auriculaire. L'opération a duré vingt-cinq minutes.

Les fils sont enlevés le 1er février et le pansement définitivement supprimé le 4.

Il y a une légère atrophie du trapèze. Le sterno-mastoïdien est normal. La paralysie faciale n'a pas changé. Le malade va être soumis à des séances régulières d'électrisation.

Le succès opératoire est donc complet, mais nous ne serons sans doute fixés que dans plusieurs mois sur le résultat thérapeutique.

Cette opération est trop récente pour qu'on en puisse tirer aucune conclusion. Étant donnés les résultats inconstants que donnent les sutures nerveuses, surtout sur des nerfs dégénérés, il est nécessaire, pour se prononcer définitivement sur la valeur de cette opération, d'avoir un plus grand nombre d'observations. Mais il est évident qu'un seul succès suffirait à la légitimer dans tous les cas.

Nous espérons que la publication de notre opération engagera les chirurgiens à la pratiquer, surtout dans des cas récents.

Le manuel opératoire, qui sera publié ultérieurement, en est parfaitement réglé. C'est une opération délicate, mais relativement simple et tout à fait inoffensive. Le pis qui puisse arriver est qu'elle échoue et laissse après elle une légère parésie du trapèze.

Au cas où on ne serait pas absolument certain de la destruction du facial dans le rocher, on pourrait, au lieu de le sectionner au sortir du trou stylo-mastoïdien, se borner à le dissocier légèrement au point le plus commode, à l'endroit où, après avoir croisé la base de l'apophyse styloïde, il pénètre dans la parotide. On pourrait alors introduire parmi ses faisceaux dissociés, ou plus simplement dans une petite boutonnière faite à sa partie latérale, l'extrémité effilée de la branche trapézienne du spinal et l'y fixer par un point de suture.

On peut se demander aussi si, en cas de réussite et de régération du nerf aux dépens du spinal, le malade sera susceptible d'adapter son centre moteur du trapèze à sa nouvelle fonction et de s'en servir pour commander aux mouvements de la face. Il est possible qu'il n'y puisse pas parvenir et qu'il soit exposé à contracter ses muscles faciaux aux lieux et place de son trapèze. Ce sont là des détails auxquels l'avenir se chargera de répondre, mais ce serait déjà beaucoup que de corriger, à l'état de repos, l'asymétrie faciale et de rendre aux muscles paralysés leur tonicité perdue.

Traitement du trachome par la tarsostrophie. — M. Javal lit un rapport sur un travail envoyé par le Dr Bitzos. Le procédé consiste à disséquer un fragment myrtiforme de cartilage tarse et à le remettre en place après l'avoir retourné. La surface proliférante se trouvant ainsi soudée aux tissus de la paupière, la production des granulations serait arrêtée. M. Bitzos dit même que les granulations du cul-de-sac ne tarderaient pas à disparaître. On ne peut se prononcer sur la valeur de ce procédé qu'après avoir opéré quelques malades et constaté les résultats définitifs.

Election. — L'Académie procède à l'élection de deux correspondants nationaux dans la 2e division (chirurgie).

Pour la première place sur 78 votants, majorité 40, M. Folet, professeur à la Faculté de médecine de Lille, est élu par 43 voix contre 15 données à M. Poncet (de Vichy), 14 à M. Heydenreich (de Nancy), 4 à M. Hache

(de Beyrouth), 1 à M. Auffret (de Brest) et 1 bulletin blanc.

Pour la seconde place, sur 74 votants, majorité 38, M. Hache, professeur à la faculté de médecine de Beyrouth, est élu par 45 voix contre 17 données à M. Poncet, 10 à M. Heydenreich, 1 à M. Auffret et 1 à M. Criselli.

Le vésicatoire. — M. Huchard répond à M. Panas, à M. Ferrand et à M. Robin. Il veut démontrer que le vésicatoire n'est presque jamais utile et qu'il est fréquemment nuisible.

Il ne suffit pas de prendre des précautions, de ne pas laisser les vésicatoires trop longtemps, de ne pas dépasser la simple rubéfaction. Le public, lui, ne restera jamais dans les limites et le seul moyen d'éviter les inconvénients du vésicatoire, c'est de le supprimer.

A 4 heures et demie l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport de M. Cadet de Gassicourt sur les candidats au titre de correspondant national dans la première division (médecine). Les candidats seront présentés dans l'ordre suivant :

En 1re ligne : M. Bertin (de Nantes). En 2e ligne : M. Ledouble (de Tours). En 3e ligne *ex æquo* MM. Marvaud (de Toulouse), Moniez (de Lille), du Cazal (de Nice), Vincent (de Brest).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 25 février. — Présidence de M. Sevestre.

L'opothérapie surrénale. — Présentation d'un addisonien guéri depuis trois ans. — M. Beclère présente un jeune homme de 28 ans, atteint de bacillose, mais sans lésions pulmonaires notables qui a présenté au complet le syndrome d'Addison ; son état s'aggravait de jour en jour au point qu'il semblait voir une mort prochaine. Cependant il a été délivré en peu de temps de tous ses accidents, *y compris la mélanodermie* dont la teinte s'est beaucoup atténuée, il a recouvré la force et la santé. *La guérison se maintient depuis trois ans.*

Ce qui augmente beaucoup l'intérêt de cette observation extraordinaire, c'est que le malade a guéri après avoir été soumis à l'opothérapie surrénale sous ses divers modes : ingestion de capsules surrénales fraîches et injections sous-cutanées d'extrait hydro-glycériné de glandes surrénales de veau. Aucun accident n'a troublé ce traitement poursuivi pendant plusieurs mois avec d'assez fortes doses. Il est très vraisemblable que le traitement surrénal a grandement contribué à la guérison du malade sans qu'il soit possible cependant de l'affirmer d'une façon certaine.

M. Beclère établit un parallèle entre l'opothérapie surrénale dans la maladie d'Addison, et l'opothérapie thyroïdienne dans le myxœdème, il trouve entre les effets de ces deux médicaments plutôt des différences que des analogies et aboutit aux conclusions suivantes :

Chez les myxœdémateux, l'action bienfaisante de la médication thyroïdienne se fait sentir immédiatement, chez l'addisonien au contraire il ne s'est pas écoulé moins de deux mois entre le début du traitement et les premiers signes d'amélioration.

Chez les myxœdémateux, le bénéfice de la médication thyroïdienne est essentiellement temporaire, il survit quelques jours seulement à la suspension du traitement, les malades sont obligés de se traiter jusqu'à la fin de leur existence. Chez cet addisonien, au contraire, le traitement a duré près de cinq mois : après qu'il a été suspendu, l'amélioration n'a fait que s'accroître pour aboutir à une guérison qui persiste depuis trois ans.

Ces différences fondamentales entre les effets de l'opothérapie surrénale et ceux de l'opothérapie thyroïdienne montrent manifestement que ces deux médications ne présentent aucune analogie dans leur mode d'action sur l'organisme.

L'une, la médication thyroïdienne, agit en rapportant à l'organisme certaines substances que les myxœdémateux ne fabriquent plus, ou du moins qu'ils fabriquent en quantité insuffisante, ces substances sont d'ailleurs presque aussitôt utilisées, puis détruites ou éliminées, il est nécessaire d'en renouveler presque incessamment l'apport.

L'autre, la médication surrénale, si son action est efficace, n'agit certainement pas de la même façon.

L'hypothèse la plus vraisemblable qu'on puisse formuler sur le mode d'action de l'opothérapie surrénale chez les addisoniens, c'est qu'elle favorise l'hypertrophie compensatrice des portions demeurées saines du parenchyme surrénal.

Cette hypothèse est en accord avec les résulats des injections sous-cutanées d'entrait surrénal chez les animaux.

Recherches sur l'action antitoxique des centres nerveux pour la strychnine et la morphine. — MM. Widal et Nobécourt. Nous avons cherché si le système nerveux central de certains animaux possédait des propriétés antitoxines vis-à-vis de la strychnine et de la morphine, propriétés dont Wassermann a démontré récemment l'existence pour la toxine tétanique.

Le cerveau et le cervelet d'une part, la moëlle et le bulbe de l'autre, étaient triturés séparément immédiatement après la mort, dans une solution de chlorure de sodium à 7 0/00. On ajoutait ensuite à cette pulpe la solution de l'alcaloïde, en proportion telle, qu'environ 25 centigrammes de substance cérébrale ou médullaire étaient mélangés à la dose sûrement mortelle en inoculation sous-cutanée pour une souris blanche de 15 à 20 grammes, soit 0 milligr. 02 de chlorhydrate de strychnine, soit 1 centigramme de chlorhydrate de morphine. Le mélange était conservé pendant une ou deux heures avant toute inoculation.

Les centres nerveux de six lapins sur huit, aux doses indiquées, protégeaient la souris contre une dose toxique de strychnine. Cette action protectrice était dans trois cas également puissante pour le cerveau et pour la moëlle ; deux fois le cerveau était antitoxique, alors que la moëlle ne l'était pas. Une fois seulement, la moelle l'emportait sur le cerveau.

Dans trois cas, une double dose du mélange du cerveau et de l'alcaloïde ne tuait pas la souris, qui supportait ainsi deux fois la dose mortelle de strychine, mélangée à 50 centigrammes environ de tissu pulpé.

Le foie de ces animaux, expérimenté par le même procédé, a présenté cinq fois sur sept des propriétés antitoxiques pour la strychnine, trois fois les centres nerveux étaient plus actifs que le foie ; dans deux cas, par contre, c'est le foie qui l'emportait. Les propriétés antitoxiques des centres nerveux et du foie ne marchent pas de pair chez le même animal ; dans les deux cas où les centres nerveux étaient sans action, le foie, par contre, s'est montré protecteur, et inversement. Le foie, dans nos observations, n'a jamais pu neutraliser qu'une seule fois la dose mortelle.

Dans quatre cas sur cinq, le rein a neutralisé une fois la dose mortelle, la rate deux sur quatre, et le pancréas une fois sur trois.

Dans un seul cas, nous avons étudié le pouvoir antitoxique des glandes salivaires, de la moelle des os, du corps thyroïde, des capsules surrénales, des testicules. Seules, les glandes salivaires ont été capables de neutraliser la dose une fois mortelle du poison.

Le sérum ou le sang total se sont toujours montrés sans action.

Les organes des trois cobayes ont été examinés par le même procédé. Dans ces trois cas, la moelle neutralisait la dose mortelle ; dans un cas seulement, le cerveau a présenté le même pouvoir.

Une fois seulement sur trois, le foie a pu également neutraliser la dose mortelle ; deux fois sur deux, les capsules surrénales ont eu la même action ; les glandes salivaires, examinées une fois seulement, l'ont eue également. Le sérum et le sang total étaient sans action.

Nous avons étudié, d'autre part, l'action antitoxique du système nerveux central de deux lapins, de trois cobayes et de trois pigeons pour le chlorhydrate de morphine. Le cerveau ou la moelle de lapin ont protégé la souris une fois sur deux contre la dose une fois mortelle ; les mêmes organes des cobayes se sont montrés efficaces dans les mêmes conditions une fois sur trois, et ceux des trois pigeons n'ont jamais présenté aucune action protectrice. Le foie s'est montré antitoxique deux fois sur trois chez le pigeon, et une fois sur deux chez le lapin ou le cobaye. Chez le lapin, son action était plus puissante que celle des centres nerveux.

Dans un certain nombre de cas, nous avons constaté, pour la strychnine seulement, que l'action antitoxique augmentait, lorsque le mélange d'organes et de poisons avait été conservé pendant quelques jours dans la glace.

Ces différentes expériences, faites en se plaçant dans les conditions que nous venons d'indiquer, et en prenant comme animal d'épreuve la souris, nous montrent que le cerveau et la moelle du lapin sont peut-être plus aptes que le foie de cet animal à neutraliser *in vitro* l'action du chlorhydrate de strychnine. En faisant la moyenne de nos recherches, nous voyons que le pouvoir antitoxique du cerveau du lapin l'emportait un peu sur celui de la moelle ; c'est l'inverse que nous observons avec les centres nerveux du cobaye. En employant un procédé différent du notre, M. Abelous a expérimenté une seule fois avec la moelle d'un cheval ; cet organe s'est montré également plus antitoxique que le foie, le cerveau de cet animal n'avait pas été expérimenté. Le pouvoir antitoxique des centres nerveux du lapin s'est montré dans nos expériences sur la strychnine supérieure à celui des divers autres organes. Il était indiqué de faire cette comparaison ; on sait, en effet que MM. Charrin et Langlois ont montré en particulier l'action antitoxique des capsules surrénales pour la nicotine.

Le cobaye qui, à égalité de poids, est huit ou dix fois plus résistant à la strychnine que le lapin, a des organes qui, *in vitro*, neutralisent pourtant moins cet alcaloïde que ne le font les organes du lapin.

Le lapin, le cobaye et surtout le pigeon, qui résistent à des doses relativement énormes de chlorhydrate de morphine, ont des organes doués d'un faible pouvoir antitoxique sur cet alcaloïde, *in vitro*.

Cette action des centres nerveux sur les alcaloïdes est en tous cas, toujours bien inférieure à l'action constatée par Wassermann sur la toxine tétanique.

Il faut, nous l'avons vu, pour tirer une conclusion, expérimenter sur les organes d'un grand nombre d'animaux. Le pouvoir antitoxique des centres nerveux est variable, en effet, d'un individu à l'autre de la même espèce. Il y a là une sorte d'idiosyncrasie à rapprocher peut-être de la susceptibilité si variable que présente chacun de nous à l'intoxication par un alcaloïde.

Paralysie récurrentielle incurable bénigne consécutive à une rougeole. — M. Lermoyez. La paralysie totale d'un récurrent n'a pas de gravité par elle-même ; mais elle est le syndrôme d'une lésion pathogénique presque toujours fatale : anévrysme de l'aorte, cancer de l'œsophage, tuberculose pulmonaire, tabes.

Toutefois, ce pronostic classique, bien qu'il s'applique à la majorité des cas, ne peut les englober tous. On peut, en effet, au point de vue de leur signification séméiologique, distinguer trois types de paralysie récurrentielle : 1° *la paralysie récurrentielle incurable grave* ; 2° *la paralysie récurrentielle curable bénigne* ; 3° et comme intermédiaire entre les deux types extrêmes *la paralysie récurrentielle incurable bénigne* ; c'est dans ce dernier type que rentre le fait de M. Lermoyez.

Ajoutons que les cas de paralysie récurrentielle définitive consécutive à la rougeole sont des plus rares ; deux faits seulement ont été publiés par Morell-Mackenzie et Matucci.

Statistique de diphtérie. — M. Gouguenheim a soigné 150 diphtéritiques dans son service de Lariboisière en 1897. Chez 4 malades il a trouvé les deux formes courte et longue du bacille diphtérique et les inoculations pratiquées avec le bacille court ont montré que ce bacille court, même associé au streptocoque, est beaucoup moins virulent que le bacille long.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES BUREAUX DE BIENFAISANCE

Séance du 12 janvier 1898.
Présidence de MM. Séailles et Gourichon.

Le procès-verbal de la séance de décembre est lu par le secrétaire général en l'absence du Dr Dufournier qui est malade depuis un mois et s'excuse de ne pouvoir prendre part ce soir aux travaux de la Société. Le procès-verbal est adopté et M. Billon déclare qu'il ira rendre visite au Dr Dufournier.

M. Séailles donne lecture d'une lettre qui lui a été adressée par M. le Dr Le Coin.

« Mon cher Président,

« Vous avez pris la peine de venir, ainsi que le Président et le Secrétaire général de 1898, pour apporter en hommage à son secrétaire général de 1893 à 1998, une médaille de vermeil frappée au coin de la Société.

Vous avez accompagné de paroles flatteuses la remise de cette médaille.

Je suis bien touché de cette démarche, ainsi que des marques de sympathie qui l'ont accompagnée.

Veuillez en recevoir tous mes remerciements.

Veuillez aussi transmetre à la Société l'expression de toute ma gratitude pour le grand honneur qu'elle me fait en me décernant cette médaille et aussi en me conférant le titre de secrétaire général honoraire. J'espère bien prouver que je ne considère pas ce titre comme une sinécure en m'occupant le plus activement que je le pourrai des travaux de la Société.

Veuillez agréer, mon cher Président, l'assurance de mon entier dévouement et de mon affectueux attachement.

Dr A. Le Coin. »

M. Séailles, président sortant, s'exprime ensuite en ces termes :

Mes chers collègues,

J'abandonne aujourd'hui l'éphémère présidence de notre Société. Vous pouvez être persuadés que cela ne m'empêchera pas, rentré dans le rang, de prendre part à vos travaux et de continuer mes efforts pour faire aboutir les améliorations que nous avons poursuivies ensemble cette année.

Nous avons obtenu l'unification de nos honoraires dans tous les arrondissements. Nous avons essayé de faire reconnaître notre titre de médecin des Bureaux de Bienfaisance, nommé au concours, par les divers services publics.

Nous avons fait des démarches auprès de M. le ministre de l'Intérieur, auprès de M. Monod, directeur de l'Assistance publique et de l'hygiène.

Hier encore, sur leur conseil, nous étions au ministère de l'Instruction publique. Demain, avec mon ami Gourichon, mon successeur, nous serons au ministère de la Guerre.

La question est complexe. M. Monod nous a conseillé de faire les visites dont je vous parlais tout à l'heure. Nous avons vu M. le chef de bureau du cabinet du ministre de l'Instruction publique, M. le chef des bureaux de l'Enseignement supérieur. Ils nous ont dit qu'en effet ils désignent les membres qui ressortissent à leur ministère, professeurs, agrégés, chef de cliniques, mais que les autres, médecins, chirurgiens, internes des hôpitaux n'étaient désignés et classés que par la notoriété de leur titre. Le nôtre n'est pas connu, le concours existant depuis trop peu de temps. Ils nous ont conseillé de faire écrire, par le président de notre Société, une lettre indiquant notre situation et, nous appuyant sur M. Monod, à M. le ministre de la Guerre pour les affaires militaires, à M. Gréard, pour les places de médecins dans les lycées, à M. le ministre du Commerce, pour les places dans les Expositions, à M. le ministre des Travaux publics, etc.

Cette lettre se terminera par l'invocation à M. Monod, lequel nous a permis de nous servir de son nom et promis de répondre favorablement aux demandes de renseignements des divers ministères, en appuyant sur la valeur de plus en plus grande de notre titre. Ces démarches seront longues, espérons qu'elles aboutiront.

Selon votre désir, nous avons rendu visite à M. Barthou, ministre de l'Intérieur, pour le prier de comprendre parmi les nominations dans l'ordre national de la Légion d'honneur, à l'occasion du 1er janvier, notre cher secrétaire général Le Coin. Nous lui avons expliqué que Le Coin est malade et que vingt-sept ans de service du Bureau de bienfaisance ont contribué, pour la plus grande part, à sa maladie. M. le ministre a été fort aimable, mais nous n'avons rien obtenu pour le médecin du Bureau de bienfaisance, et nous le regrettons profondément.

Mes chers collègues, je passe la main à mon ami le Dr Gourichon, un jeune, plus actif, plus audacieux, qui, j'en suis sûr, conduira vos travaux avec la plus grande compétence.

Le seul regret que j'exprime, en me retirant de ce fauteuil, c'est de ne pas avoir pu faire aboutir tous nos désirs. Mon cher Président, je vous prie de prendre ma place, je vous donne la suite et je suis persuadé que vous serez plus heureux que moi; les résultats de cette année se ressentiront certainement de votre intelligente vigueur.

Mes chers collègues, merci encore une fois.

M. le Dr Louis Gourichon, président élu pour 1898, se lève alors et prononce le discours suivant :

Mes chers collègues,

Mon premier devoir en prenant place à ce fauteuil est de vous exprimer ma gratitude pour l'honneur que vous m'avez fait en m'appelant à diriger vos travaux. C'est une charge agréable à remplir, dans notre Société où règnent toujours la plus grande courtoisie et la meilleure confraternité.

Mon cher président Séailles me permettra de lui retourner les éloges trop flatteurs qu'il a bien voulu m'adresser. Témoin assidu de son zèle et de ses efforts à défendre nos intérêts en toute circonstance, associé à toutes les démarches qu'il a faites, je suis heureux de lui rendre l'hommage qu'il mérite et de le remercier publiquement en votre nom de son inaltérable dévouement. Sa bonté bien connue envers les indigents et ses travaux sur la tuberculose lui assurent la reconnaissance des malades et l'estime de ses confrères.

En vous énumérant tout à l'heure les travaux de l'année, notre ami Séailles vous a exposé les résultats obtenus et ceux qu'il reste à obtenir. Soyez persuadés que le Bureau tout entier ne marchandera ni son temps ni sa peine pour poursuivre l'œuvre commencée.

Notre premier soin sera d'assurer la publication régulière de nos procès-verbaux. Une Société, en effet, ne peut marcher à la satisfaction générale que si tous ses rouages fonctionnent normalement et dans le temps voulu. C'est ainsi que nous hâterons la publication de nos Bulletins pour 1896 et 1897, qui attendent encore le jour.

Nous avons voté récemment la réforme du concours des Bureaux de bienfaisance et la réorganisation du service des accouchements. Nous comptons sur la fermeté et l'éloquence de notre dévoué collègue, M. Gibert, pour faire triompher nos idées devant le Conseil de surveillance de l'Assistance publique.

Une circulaire de M. le Ministre de l'Intérieur, en date du 30 juillet dernier, exempte de la taxe les vélocipèdes utilisés par les médecins du service de l'Assistance médicale gratuite. Nous prierons M. le Directeur général de l'Assistance publique de transmettre à M. le Préfet de la Seine la liste de nos collègues usant de ce mode de locomotion dans leurs visites aux malades indigents, pour obtenir le dégrèvement de la taxe, liste que voudra bien dresser notre zélé secrétaire général.

Messieurs, vous avez pu remarquer, comme moi, que si notre Société, bientôt cinquantenaire, compte la plupart des médecins des bureaux de bienfaisance et constitue avec ses deux cent quatorze membres une des Sociétés médicales les plus importantes de Paris, nos réunions ne sont pas toujours aussi nombreuses que nous le désirerions. Peut-être y aura-t-il lieu, par une sage révision des statuts, de secouer l'apathie de nos confrères et de les intéresser

davantage à nos travaux, soit scientifiques, soit d'ordre professionnel.

Beaucoup d'autres questions ont été soulevées ici : telles, la faculté pour nous de changer d'arrondissement, l'augmentation de l'indemnité des médecins appartenant aux arrondissements périphériques, notre représentation au Conseil supérieur de l'Assistance publique, la révision de la liste des médicaments. Elles n'ont pas encore reçu une solution conforme à nos désirs.

Nous ne les perdrons point de vue. Mais je voudrais mettre en garde contre eux-mêmes plusieurs de nos confrères, qui manifestent une certaine impatience à ne pas nous voir obtenir d'emblée tout ce que nous demandons. Il est un facteur avec lequel il faut compter : c'est le temps. La question d'opportunité a aussi une grande importance. C'est à vous, c'est à votre Bureau, à agir au moment favorable pour faire trancher une question depuis longtemps en suspens.

Mais la Société a, dans son passé, assez de succès à son actif, pour bien augurer, grâce à notre concorde et à notre discipline, de nos succès futurs.

La parole est donnée à M. le Dr Billon, secrétaire général :

« Je tiens tout d'abord à vous remercier, mes chers collègues, de l'honneur que vous m'avez fait en me nommant secrétaire général. Je m'efforcerai de marcher sur les traces de mes chers prédécesseurs : Le Coin, cet homme si consciencieux, à l'esprit droit et juste, dont nous regrettons toujours l'absence ; M. Gibert, notre dévoué représentant au Conseil de surveillance dont M. Peyron nous faisait l'éloge au banquet ; et les ancêtres Passant, Thibault, Fontès.

Depuis 1890, j'appartiens au bureau de la Société. Nous avons soutenu bien des luttes et bien des combats depuis cette époque ; sur certains points nous avons été battus, sur d'autres, nous avons triomphé et les triomphes l'ont emporté sur les défaites !

Nous continuerons, mes chers collègues, à marcher de l'avant, à maintenir haut et ferme en son lieu et place le service médical à domicile, pour le plus grand bien des indigents et je donnerai tout mon temps, et j'apporterai tout le dévouement dont je suis capable, pour défendre les intérêts de la Société médicale des Bureaux de bienfaisance de Paris. Je vous prie de vouloir bien me montrer toute votre indulgence pour mes débuts dans cette tâche de secrétaire général qui ne m'est pas facilitée par le souvenir glorieux que nous gardons tous de mes prédécesseurs. »

La correspondance comprend : 1° les journaux habituels, l'annuaire statistique de la ville de Paris pour 1895 ;

2° Une lettre du Dr Tarrius qui, ayant donné sa démission de médecin des Bureaux de bienfaisance, demande si les statuts de la Société s'opposent à ce qu'il reste membre titulaire. Il sera répondu à M. Tarrius qu'il peut, d'après les statuts, continuer à faire partie de la Société ;

3° Une lettre de remerciement du Dr Malbec à l'occasion de son élection comme secrétaire annuel de la Société ;

4° Une lettre du Dr Cart qui sera lue au cours de la séance ;

5° Des lettres de démission des Drs de la Nièce et Mallet.

Le secrétaire général informe la Société de la distinction que l'Académie de médecine vient d'accorder à un de ses membres associés libres, M. le Dr Philbert, rappel de médaille d'or pour le service des épidémies.

Rapports de candidature. — M. Bimsenstein fait son rapport sur la candidature du Dr Laborde (3e arrondissement). M. Laborde est élu membre titulaire de la Société à l'unanimité des voix des membres présents.

M. Gerson : rapport sur la candidature du Dr Chaumont (6e arr.). Elu à l'unanimité.

M. Billon : rapport sur la candidature du Dr Léopold Lévy (8e arr.). Elu à l'unanimité.

M. Rotillon : rapport sur la candidature du Dr Champion (10e arr.). Elu à l'unanimité.

M. Rotillon : rapport sur la candidature du Dr Ungauer (10e arr.). Elu à l'unanimité.

M. Dufournier : rapport sur la candidature du Dr Jolly (17e arr.). Elu à l'unanimité.

M. Dufournier : rapport sur la candidature du Dr Morin (13e arr.). Elu à l'unanimité.

M. Dufournier : rapport sur la candidature du Dr Rochebois (16e arr.). Elu à l'unanimité.

M. Yvon : rapport sur la candidature du Dr Huard (13e arr.). Elu à l'unanimité.

M. Tolédano : rapport sur la candidature du Dr Dorison (6e arr.). Elu à l'unanimité.

M. Tolédano : rapport sur la candidature du Dr Mercereau (7e arr.). Elu à l'unanimité.

M. Noir : rapport sur la candidature du Dr Bois (18e arr.). Elu à l'unanimité.

M. L. Gourichon : rapport sur la candidature du Dr Mallet (13e arr.). Elu à l'unanimité.

M. Rotillon : rapport sur la candidature du Dr Bernard (10e arr.). Elu à l'unanimité.

M. Malbec : rapport sur la candidature du Dr Albert Weill (19e arr.). Elu à l'unanimité.

M. Kinzelbach : rapport sur la candidature du Dr Faucillon (20e arr.). Elu à l'unanimité.

M. Noir : rapport sur la candidature du Dr Henri Gourrichon (12e arr.). Elu à l'unanimité.

De l'organisation du service des accouchements dans les Bureaux de bienfaisance. — Le rapport de M. Rueff, adopté dans la séance du 8 décembre 1897, soulève quelques critiques de la part de membres qui étaient absents au moment de la discussion. Le Dr Cart estime que le service des consultations est assez chargé sans qu'on lui impose l'examen des femmes enceintes.

M. Billon croit qu'il sera difficile de faire admettre l'intervention des accoucheurs des hôpitaux, bien que les cas dans lesquels ils pourraient être appelés soient des plus rares.

MM. Tournier et Malbec trouvent que les sages-femmes abusent parfois de la facilité qui leur est accordée de faire appeler directement le médecin du Bureau de bienfaisance.

M. Doury se plaint d'avoir à donner des soins à des femmes qui ont été accouchées par des médecins du service médical de nuit et voudrait que les soins fussent continués par les médecins ayant accouché la malade. (*Protestations*).

Les conclusions du rapport de M. Rueff sont de nouveau mises aux voix et adoptées.

Révision de la liste des médicaments. — M. Gibert informe la Société que le Conseil de l'Assistance publique a admis en principe la réforme proposée de la nomencla-

ture des médicaments ; toutefois M. Prunier, pharmacien chef, doit consulter le formulaire des hôpitaux, pour les doses maxima réclamées.

Du service des consultations du dispensaire de la rue Ordener. — M. Gibert demande l'avis de la Société, sur un fait relatif au dispensaire de la rue Ordener. Ce dispensaire est desservi par deux médecins ; le maire de l'arrondissement, se fondant sur le nombre considérable des malades qui se présentent à la consultation, demande au directeur de l'Assistance une augmentation de traitement pour les médecins. Le directeur de l'Assistance publique pense qu'il vaudrait mieux augmenter le nombre des médecins.

MM. Gibert, Tolédano et Malbec estiment que si le service est surchargé ce n'est pas une augmentation du traitement qui fera que le service sera mieux fait. La Société consultée doit se placer au-dessus des intérêts particuliers et donner son avis sans autre préoccupation que le bon fonctionnement du service médical.

MM. Bimsenstein et Noir croient qu'il faut soutenir l'opinion des médecins intéressés qui feront leur service malgré la surcharge de malades, mais il est juste de les rémunérer suivant leur travail. D'ailleurs l'augmentation du nombre des médecins du Bureau de bienfaisance ne peut que diminuer leur prestige.

Après deux tours de scrutin, la Société décide de demander l'augmentation du traitement des médecins du dispensaire de la rue Ordener.

La séance est levée à 10 h. 1/2.

Le secrétaire annuel : Dr A. Malbec.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 2 mars. — Présidence de M. Berger.

Tumeur du sein. — M. Monod donne l'observation d'une malade vue par Nélaton père, il y a 25 ans, portant à ce moment une petite tumeur du volume d'une noix. On pensa à un adénome. Quand M. Monod vit la malade, il conseilla une opération et trois ans après la malade, qui avait refusé, revint pour sa tumeur présentant 74 centimètres de circonférence. Elle avait pris un volume tellement considérable que la malade portait littéralement sa tumeur sur la cuisse. M. Monod pratiqua l'ablation de la tumeur. C'était du sarcôme à l'examen histologique. Il se fit trois récidives à distance qui furent successivement opérées et la malade succomba trois ans après la dernière opération. C'est un exemple aussi évident que possible de la transformation possible des tumeurs du sein.

Traitement des luxations anciennes de l'épaule. — M. Ricard. Pour les luxations immédiatement irréductibles, je me suis déjà montré partisan comme M. Nélaton de l'arthrotomie large et immédiate. Celle-ci me permet de voir la lésion, d'y remédier et de faire la réduction. Dans la deuxième catégorie, luxations anciennement irréductibles, il y a les irréductibles depuis moins de six semaines et celles qui datent de plus longtemps. Pour les premières, il s'est formé des rétractions, des raccourcissements et des mouvements secs et brusques peuvent rompre ces adhérences et obtenir une réduction ; mais si ces manœuvres n'ont donné aucun résultat, on peut avoir recours à l'arthrotomie.

M. Ricard donne une observation où cette arthrotomie dut être faite six mois après une luxation méconnue sous-claviculaire de l'épaule. Le malade conserve 6 mois la raideur articulaire de son épaule, mais à partir de cette époque les mouvements reviennent complets.

M. Chaput. Je suis de l'avis de notre collègue Nélaton au point de vue de la conduite à tenir dans les cas de luxations très anciennes de l'épaule, traitées par la résection. Que se passe-t-il dans la résection ? Les mouvements sont très réduits. La tête ne s'est pas refermée et il reste un vide sous acromial. Celui-ci est comblé au moment de la contraction musculaire par la tête remontée au dehors de l'acromion. Ainsi une partie de la force musculaire se trouve employée et par suite limitée. Il y a de plus une tête irrégulière, petite, angulaire, qui s'accroche et limite les mouvements. Aussi je pense qu'il vaut mieux ne pas opérer ces luxations anciennes.

Quant aux luxations récidivantes, faut-il admettre que la tête rentre dans la glénoïde pour ne sortir que de temps en temps ? Dans une résection que j'ai eue à faire pour une luxation récidivante, il existait une encoche énorme au niveau de la tête humérale. Comment admettre que par usure s'est faite cette encoche, alors que ce n'est que quelques heures par semaine que sort la tête humérale ? Aussi je pense que ces luxations récidivantes sont des luxations permanentes qui, de loin en loin, sont atteintes d'entorses successives.

M. Lucas-Championnière. La résection, quoiqu'en ait dit M. Chaput, peut donner d'excellents résultats, et est une opération simple, dans les cas de luxations anciennes, non seulement de l'épaule, mais de toutes les articulations sauf la hanche. Pour que le résultat soit bon, il faut très rapidement mobiliser l'articulation. M. Nélaton nous a dit aussi, avec raison, que certaines luxations anciennes acquéraient des mouvements très suffisants. Cela est vrai et je dirai plus, c'est que si on n'avait pas immobilisé dès le début les luxations irréductibles, on arriverait à obtenir des mouvements très suffisants sans intervention.

Quant aux luxations récidivantes, ce sont bien des luxations récidivantes et non des permanentes et je crains que l'opinion de M. Chaput n'ait presque pas d'écho dans le Société.

Du rôle que la nature de l'aide opératoire peut jouer dans les psychoses opératoires. — M. Picqué continue la lecture de son important et considérable mémoire dont un simple résumé de reportage ne suffirait à donner une idée.

Corps étrangers (tube d'argent) du sinus maxillaire Révélations par les rayons X.

Corps étrangers (aiguille) de la main. Rayons X. Ablation. — Présentation de malades par M. Second.

Luxation récidivante par arthrite sèche de l'épaule. Résection. Guérison. — Présentation du malade par M. Chaput. F. Verchère.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 26 février 1898. — *Présidence de* M. Aug. Voisin.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance imprimée. — 1° *Dax*, par le Dr Maurice Delmas. 2° Revues et journaux habituels.

Correspondance manuscrite. Lettre de M. Adelstan de Mortigny remerciant la Société de l'avoir admis dans son sein.

Lettre d'excuse de notre excellent trésorier qui ne peut assister à la séance.

M. le Président donne lecture d'une note sur « Une épidémie de grippe survenue dans le service de M. Voisin »; travail fait en collaboration avec son interne, M. Robert Lœwy (*sera publié*).

M. de Beauvais remercie notre Président de continuer cette bonne habitude de notre Société de communiquer les observations intéressantes sur les particularités présentées par les diverses épidémies.

M. le Président remet le prix Duparcque à M. le Dr Glantenay, auteur du mémoire intitulé : « Pseudo-appendicite hystérique ».

L'hérédité seconde en syphilis. — M. Jullien. — Un des spécialistes les plus éminents de l'Angleterre, notre actif correspondant Georges Ogilvie, nous a envoyé un important travail sur la transmission de la syphilis à la 3e génération, en sollicitant l'avis de la Société sur cette question si discutée. Et, vous avez chargé notre collègue Buret de l'examen de ce travail. Nous avons tous présent à l'esprit le vibrant rapport lu par notre collègue à la dernière séance et la thèse très nette qu'il a lumineusement développée. S'appuyant sur la logique, la clinique, l'anatomie et la physiologie pathologique, sans oublier l'histoire qui n'a pas de secret pour notre éminent collègue, votre rapporteur s'est prononcé avec l'auteur anglais contre la transmission de la syphilis à la 3e génération et a répété, pour conclure, le mot de Ricord : On ne tient pas la syphilis de son grand-père. C'est à propos de ce travail que je vous demanderai la permission de vous présenter quelques observations, car s'il y a une partie que j'admets complètement, je ne puis accepter sans réserve la principale conclusion.

Commençons par les points sur lesquels nous sommes d'accord.

Une syphilis qui, ayant frappé le père ou la mère, s'est transmise à l'enfant, puis au petit-enfant, occupe ainsi trois générations. De là vient le vocable, mais plusieurs auteurs ne visant que le fait de la transmission héréditaire désignent les mêmes phénomènes comme de seconde génération. Le tout est de s'entendre, peut-être serait-il plus sage d'adopter une désignation uniforme et dépourvue d'ambiguïté, d'appeler les sujets de troisième génération des bi-hérédo ou des post-hérédo. Alors personne ne s'y tromperait. Quoi qu'il en soit, si nous différons quant aux mots, nous nous comprenons sur la chose, c'est l'essentiel.

I. — Nous nous entendons également sur ce fait que généralement *la bi-hérédité ou l'hérédité seconde est une circonstance qui doit être particulièrement rare, je dirai plus, exceptionnelle.* Dans l'immense majorité des cas les syphilitiques prudents et traités se marient dans de telles conditions de sécurité que leurs enfants sont exempts de la tare personnelle. M. Le Pileur a démontré ce fait récemment en apportant l'observation d'un jeune homme, fils de vérolés, qui était venu lui demander ses soins pour un chancre syphilitique, et il n'est pas de spécialiste qui n'ait constaté des cas semblables. J'ai soigné un jeune syphilitique dans les mêmes conditions. « Je savais, me disait-il, que mon père avait eu la vérole, et j'étais bien tranquille me croyant invulvérable, me voilà bien détrompé. » J'ai même actuellement en traitement, ce qui doit être plus rare, le fils récemment infecté d'une femme syphilitique. J'ai vu cette femme jadis à Lourcine, dans le service de M. Fournier, en 1874; elle était atteinte d'une syphilis dont j'ai pu constater les manifestations incessantes depuis vingt-quatre ans. Or elle a un fils de 21 ans, que je n'ai pas cessé de suivre et d'observer, et qui a contracté un chancre syphilitique il y a deux ans. J'ajoute que cette infection, en un terrain que l'on aurait pu croire épuisé ou réfractaire, s'est d'emblée manifestée sévère. Concluons que la syphilis héréditaire proprement dite étant rare, la syphilis bi-héréditaire est elle-même une hypothèse à justifier. En général nous voyons la syphilis sous un jour trop sombre, et cela se comprend car nous nous intéressons surtout aux beaux cas, aux contagions excessives, aux infections qui se distinguent, aux hérédités qui s'affirment. Mais que sont ces unités en face du nombre total des fils de syphilitiques, en face de ceux qui, ni par le physique, ni par le psychique ne rappellent l'imprégnation paternelle? Il était bon de faire ici cette constatation consolante pour remettre toutes choses au point.

II. — Abordons maintenant l'hérédité seconde. En procédant toujours de l'admis au discuté, je rencontre comme suites bien démontrées chez les petits-fils non pas de tous, mais de certains syphilitiques, des stigmates par lesquels s'atteste l'empreinte du vice diathésique. Rien de spécifique, mais des dystrophies, des vices de formation, comme on en voit à la suite de toutes les grandes infections, de toutes les cachexies. C'est ce que j'appellerai la para-hérédo-syphilis seconde, assez comparable d'ailleurs à la para-hérédo-syphilis première. Les faits abondent pour attester ces conséquences banales aboutissant à la déchéance organique. Ils ont pu échapper autrefois alors que l'on ne savait pas distinguer les hérédo-syphilitiques, mais depuis les travaux d'Hutchinson, de Lannelongue, de Fournier, il n'est plus permis de les méconnaître, leur signalement a été donné par ces observateurs en traits ineffaçables, et a acquis une telle précision que nous pouvons le formuler avec certitude en absence de tous renseignements du côté des parents. C'est dans les hôpitaux d'enfants qu'un syphiligraphe éprouvé ferait abondante moisson de ces cas, en notant scrupuleusement l'état des parents qui amènent les dégénérés, les débiles, les petits enfants atrophiés et dystrophiés, ceux qui présentent des arrêts ou des lenteurs dans le développement, des interruptions dans la croissance, même des malformations, des anomalies : absence d'un organe d'un membre ou d'un segment de membre, bifidité d'organes habituellement simples, comme la luette, infantilisme, nanisme, gigantisme, idiotie, en un mot, toutes lésions paraissant relever d'un principe nuisible, syphilotoxine, ayant adultéré le germe et faussé son développement.

Il s'agit non pas d'une maladie transmise, mais d'une manière d'être particulière, non pathologique, insensible à nos spécifiques, incurable et définitive. Tout le monde a rappelé à ce propos les belles expériences de Charrin et de Gley, produisant presque à volonté des difformités sur les rejetons d'animaux soumis à l'injection de substances microbiennes ou toxiniques. Il n'est que juste de citer ici le mémoire très complet présenté au Congrès de Moscou par mon excellent collègue de Saint-Lazare, le Dr T. Barthélemy, qui a longuement noté et décrit ces stigmates de para-hérédo-syphilis seconde comme indices de dégénérescence de race.

III. — J'arrive à la question litigieuse : *un hérédo-syphilitique, peut-il transmettre la syphilis à ses enfants*, non plus les conséquences vulgaires d'une infection, mais la syphilis en tant que maladie spécifique, virulente ? Je dis que *a priori* la réponse affirmative est parfaitement admissible. « Les hérédo-syphilitiques directs qui ayant la syphilis avérée en venant au monde ont survécu, ont grandi, ont procréé, écrit Barthélemy, ne le font pas avant 16 ou 18 ans, ceci pour les femmes, avant 20 ou 25 ans pour les hommes ; or, après un si long laps de temps, qu'il s'agisse de syphilis acquise ou bien d'hérédo-syphilis, il n'y a plus de transmission possible. » C'est un avis que je ne peux pas partager. Sans doute dans la syphilis acquise l'hérédité semble s'user et s'use en réalité habituellement, mais n'avons-nous pas des cas exceptionnels (je le reconnais), mais authentiques de virulence transmise après 12, 15, 16, 18 ans et même 20 ans (Campbell, Weil, Henoch) ? L'hérédité à long terme n'a pour ainsi dire pas de limite, ou plutôt, je pense qu'il faudrait considérer cette hérédité fatale comme susceptible de durer tant que se prolonge la maladie et par conséquent qu'il n'est pas vrai de la considérer comme éteinte à l'heure du tertiarisme. Je suis heureux de me rencontrer sur ce point avec M. le prof. Fournier qui écrit ces lignes (*hérédité syphilitique*, page 109). « Pas de contradiction possible à ce fait que la syphilis, même sur ses vieux jours, reste encore susceptible d'exercer son néfaste pouvoir de transmission héréditaire. Et cela est si vrai que je ne m'explique guère, en vérité, comment a pu s'accréditer cette hérésie d'après laquelle il n'y aurait pas d'hérédité dans la période tertiaire. La syphilis tertiaire, a-t-on dit, sous forme d'axiome, n'est pas héréditaire. Et bien, ce prétendu axiome n'est qu'une hérésie, et une hérésie funeste par les conséquences pratiques qu'on en pourrait déduire. » Conséquences : l'âge de la vérole est facteur d'hérédité, mais en fonction de l'intensité virulente, de la persistance de ses effets, de la survivance des lésions. En d'autres termes un sujet qui souffre d'exostoses, de gommes, d'ulcères, c'est-à-dire sur les tissus duquel florit le syphilôme, est apte à transmettre la syphilis.

Ce point acquis me semble de la plus haute importance, car si je montre que les hérédo syphilitiques peuvent rentrer, et rentrent quelquefois sans distinction possible, dans la catégorie des tertiaires, et qu'ils y figurent à un âge où ils sont aptes à procréer, j'aurai procuré par cela même la possibilité pour ces sujets de transmettre héréditairement leur mal, c'est-à-dire la réalité théorique de l'hérédité seconde.

Laissez-moi donc vous apporter quelques exemples confirmatifs de ces vues. Il me suffira de relever au hasard des publications des faits signés de noms indiscutés.

Voici un homme de 21 ans, né pendant la période tertiaire de la syphilis maternelle. Il n'a pas eu d'accidents syphilitiques dans le jeune âge, et il porte des *ulcérations étendues sur le front et sur la région dorsale* (Spillmann et Etienne, *Annales de Dermat.*, 1895, 613). Boudocigoff a présenté à la Société de Dermatologie de Saint-Pétersbourg un malade âgé de 27 ans, offrant l'empreinte de l'hérédité, les dents d'Hutchinson et en outre portant de nombreuses gommes fluctuantes, et des ulcérations, tous symptômes que les spécifiques amendèrent très d ı) nt (*Annales de Derm.*, 1894, 480).

Voici encore une jeune fille de 23 ans, dont les jambes sont couvertes de gommes ulcérées depuis longtemps, et qui montre encore de nombreuses exostoses. On sait que le père a eu la syphilis cinq ans avant son mariage et a infecté la mère qui a souffert de deux avortements à sept mois (obs. de Beausoleil, *in Annales de Derm.* 1892, p. 100). — Autre observation intéressante que je lire du *Bulletin de la Société de Dermatologie* (année 1894, p. 475), à laquelle elle fut présentée par MM. Spillmann et Gauzinotty.

Il s'agit d'une jeune fille née de parents syphilitiques et restée indemne de tout accident héréditaire jusqu'à l'âge de vingt-cinq ans. A ce moment, quelques jours après un traumatisme de la région, apparaissent des gommes du crâne, puis des gommes au niveau du genou gauche, atteint quelque temps auparavant d'une entorse. Un peu plus tard, tout à coup, éclatent des accidents cérébraux extrêmement graves (coma, hémiplégie) qui cèdent très rapidement à la suite de quelques injections de peptonate mercurique. La guérison se maintient pendant huit mois. Cette personne est alors atteinte d'une irido-choroïdite qui disparaît bientôt devant le traitement spécifique. Enfin, tout dernièrement, à vingt-neuf ans, des accidents faisant craindre l'évolution d'une tuberculose pulmonaire rétrocèdent complètement après cinq injections Il est à noter que la mère et un frère parvenu à l'âge adulte ont présenté, eux aussi, des symptômes très nets de syphilis cérébrale.

A tous ces faits dont on pourrait allonger presque indéfiniment la liste, j'en ajouterai un qu'il m'a été donné d'observer grâce à l'obligeance de notre excellent membre correspondant, M. Viennois. Je transcris les antécédents tels qu'ils me furent envoyés par notre collègue qui connaissait le sujet depuis sa naissance.

Paul J..., âgé de 36 ans, tient la syphilis de son père. Il a infecté la nourrice, et a été l'occasion, à cette époque, de contagions multiples autour de lui. Lorsqu'il a été grand, on lui a persuadé qu'il avait été infecté par sa nourrice, afin de laisser intact le souvenir respecté du père. La mère du jeune homme étant morte de phtisie au bout d'un an, le père se remaria. Il n'avoua pas à sa nouvelle femme la véritable maladie de l'enfant, si bien que celui-ci, depuis son bas âge, fut traité un peu à la diable ; en secret quelquefois, le plus souvent pas du tout. Le père est mort il y a quelques années, d'un cancer de la langue dit-on?

Je n'ai pas suivi le malade ni tout jeune, ni plus tard ; j'ai cependant appris qu'à l'âge de 8 ans il avait été atteint d'une exostose d'un tibia, et qu'à cette même époque il avait des accès d'emportements qui ne s'expliquaient pas et qui ont duré jusqu'à 20 ans. A une certaine époque que je ne puis préciser, mais dont le malade doit se souvenir et qui date de plusieurs années, une perforation de la voûte palatine s'est produite.

D'autre part, la santé générale laisse à désirer depuis plusieurs années, par suite de la difficulté de la mastication. Les dents, en effet, sont toutes tombées, et l'appareil qui les a remplacées ne fonctionne que depuis peu de temps. Je dois ajouter que les mauvais traitements que le malade a endurés ont exercé sur son intelligence la plus fâcheuse influence. Dans ces conditions, ne pensez-vous pas que ce qu'il y aurait de mieux à faire, ce serait de tenter d'abord sur lui ce qu'on peut obtenir, au moyen d'un traitement rationnel spécifique. Une fois à l'abri de nouveaux accidents, on demanderait à la chirurgie de compléter le traitement par un nouveau palais, à moins que le

malade ne préférât un simple appareil de caoutchouc qui s'opposerait à la fois au passage des aliments de la bouche dans les fosses nasales, et au défaut de la phonation.

Paul J... présentait, en effet, au moment où je le vis, une destruction totale de la cloison avec large perte de substance du voile du palais. Il accusait en outre des maux de tête terribles. Je n'eus pas à le traiter pendant longtemps ; peu de mois après ce pauvre être dégénéré, ce *mimus habens*, désarmé dans la vie, autant au point de vue intellectuel que corporel, succombait à la phtisie pulmonaire.

Messieurs, je vous demande pardon de cette longue énumération. Mais je ne la regrette pas si je vous ai convaincu de la possibilité rationelle, théorique, de l'hérédité seconde, en faisant défiler devant vous ces adultes des deux sexes en âge de féconder ou d'être fécondées. Or, quel pouvait être l'enfant de cette femme de 21 ans couverte de gommes? quel produit pouvait procréer ce malheureux Paul J... dont M. Viennois nous retraçait la très navrante histoire, si ce n'est un être syphilitique, un de ces hérédo-misérables, cachectique avant de naître non d'une athrepsie vulgaire, mais d'une vraie syphilis.

J'en conclus que l'hérédité seconde (et j'avouerai que l'imprégnation des générations subséquentes n'aurait rien qui me choquât) est conforme aux vues théoriques et aux données rationnelles de l'observation. Voyons maintenant si les faits la confirment.

IV. — Messieurs, il existe dans la science plus d'une observation apportée par des observateurs bien convaincus et qui les croyaient très probantes. Ils avaient vu les sujets, y avaient réfléchi et concluaient en toute conscience. Mais c'est une chose redoutable que d'apporter un fait nouveau. Je pense, en toute sincérité, qu'il n'en est pas un qui puisse résister à ce qu'on appelle une critique rigoureuse. De très bonne foi un contradicteur réduit en poussière les exemples que l'on croyait inattaquables ; avec un peu de style, on prouve aisément que rien n'existe. C'est ainsi que l'on prouva jadis l'inanité des arguments en faveur des théories pasteuriennes, de la contagiosité des accidents secondaires, de la méthode de Scarenzio, etc. Ce qui console, c'est que ces preuves-là sont vite oubliées si la vérité est contre elles. Aussi bien n'irai-je point reprendre une à une les observations publiées sur ce sujet par MM. Boeck, Hutchinson, etc., et réduites en poudre à l'heure qu'il est. Il est probable que quelques-unes sont exactement interprétées, la difficulté est de le démontrer. Si leur nombre, ce dont je ne doute pas, augmente de jour en jour, la discussion tombera d'elle-même et la question sera résolue *de plano*. En attendant cette échéance qui ne saurait tarder, voici un exemple suffisamment démonstratif que je vous soumets.

Il est dû à M. Stremginski, et je le trouve dans les *Annales de Dermatologie* de 1897 (page 702).

Il s'agit de deux enfants ; un frère et une sœur. Leur père se rappelle très bien qu'à l'âge de 16 ans il avait été atteint d'une kératite double que les médecins considéraient comme étant de nature hérédo-syphilitique et qu'on avait traitée par des injections mercurielles et de l'iodure de potassium. En examinant le père, l'auteur trouva les cornées parfaitement transparentes et la vue normale; mais il constata l'existence d'une choroïdite aréolaire fréquemment observée dans la syphilis héréditaire. Le père n'avait pas de syphilis acquise ; il avait épousé une femme parfaitement bien portante dont il a eu les deux enfants en question. Le garçon, âgé de 12 ans, a été atteint de kératide parenchymateuse qui guérit après cinq mois de traitement spécifique (90 *frictions à 1 gramme d'onguent napolitain chacune*). Sa vue resta toutefois faible par suite d'un trouble du corps vitreux et de la choroïdite aréolaire. Alors l'auteur fit pendant deux mois et demi encore 55 frictions ; le succès obtenu fut complet : les troubles du fond de l'œil et du corps vitreux disparurent; le champ visuel et la force visuelle devinrent normales.

La fillette âgée de 9 ans, la sœur de ce garçon, était atteinte d'un trouble considérable du corps vitreux des deux yeux, de sorte qu'elle ne pouvait distinguer que la lumière. Après 20 frictions d'onguent napolitain, le corps vitreux devint tellement transparent qu'on pouvait examiner le fond de l'œil. On trouva une inflammation pigmentée de la choroïde rappelant beaucoup la rétinite pigmentée. Après 75 frictions, la vue s'est tellement améliorée que la malade pouvait déjà lire les caractères n° 4. Toutefois le rétrécissement du champ visuel et l'affaiblissement de la sensibilité de la rétine restaient les mêmes, En somme, conclut l'auteur, il s'agit de syphilis transmise à la troisième génération sous forme de choroïdite et de kératite.

Enfin, Messieurs, je le demande à nos confrères qui s'occupent spécialement de l'ophthalmologie dans notre Société, que sont ces stigmates rudimentaires que l'on observe au fond de l'œil, dans l'hérédité seconde, annoncés par Galezowski, et que je trouve décrits dans 12 observations de l'intéressante thèse de son élève, M. Antonelli ? Diffèrent-ils de ceux rencontrés dans l'hérédité première ? A leur examen distinguerez-vous les sujets de l'une ou de l'autre génération ? Subissent-ils dans une mesure quelconque l'influence de la thérapeutique spéciale ?

Mais quelle que soit leur réponse, il ne m'en semble pas moins rationnellement et scientifiquement démontré que l'infection syphilitique virulente ou toxinique est susceptible de se transmettre à travers deux générations successives, si elle n'est éliminée spontanément ou sous l'effort de la thérapeutique, et de compromettre à jamais la descendance de celui qu'elle a frappé.

M. Dubuc voit une contradiction entre la première et la deuxième partie de l'augmentation de M. Jullien. Il est certain que, pour lui, la syphilis a des formes malignes dès le début et les formes légères au début peuvent devenir tout de suite bien graves sous diverses causes. En somme, il ne faut pas trop insister sur le caractère trop bénin de cette maladie constitutionnelle.

M. Jullien répond que l'hérédité syphilitique seconde est rare, mais il ne prétend pas qu'elle n'existe pas, au contraire. La syphilis est curable, mais c'est une affection qui reste toujours très sérieuse.

M. Ladreit de Lacharrière. Je crois devoir appeler l'attention de la Société, à propos du travail de M. Ogilvie, sur une forme de surdité que j'observe depuis longtemps, sur la nature de laquelle je suis resté d'abord indécis, et que je crois pouvoir classer aujourd'hui parmi les cas de syphilis héréditaire. Cette surdité, toujours complète et incurable, est cause de surdi-mutité quand elle frappe des enfants au dessous de 8 ans. Chaque année je suis consulté pour des enfants qui sont devenus sourds sans maladie, sans que leur santé à un moment donné paraisse avoir été altérée.

Les parents déclarent que leurs enfants sont devenus sourds sans qu'ils aient pu rattacher l'altération de l'ouïe à

une cause quelconque. L'enfant a paru un jour entendre moins bien ; on n'y a pas fait grande attention ; puis on s'est aperçu quelque temps après qu'il n'entendait plus du tout.

L'examen de l'oreille moyenne n'indique aucune altération morbide ; les commémoratifs ne mentionnent aucun signe qui puisse faire supposer que le labyrinthe ait été atteint ; c'est donc dans le cerveau qu'il faut aller chercher la cause de cet effondrement de l'ouïe.

Je n'ai pas eu l'occasion de faire des autopsies, par la raison que ces lésions du système nerveux n'entraînent pas la mort, pas même une altération de la santé.

Pendant longtemps je me suis demandé quelle pouvait être la cause de cette surdité puis, ayant eu l'occasion d'assister à l'évolution de cette perte de l'ouie chez des enfants manifestement atteints de syphilis héréditaire, j'ai cru pouvoir rattacher à cette affection ces cas de surdité et de surdi-mutité.

Depuis 30 ans que je dirige le service médical de l'institution nationale, il est entré dans cet établissement 950 élèves. Sur ce chiffre, une vingtaine appartiennent à la catégorie de ceux dont je m'occupe en ce moment, soit 2 pour 100 environ. Il y a lieu de faire abstraction de ceux qui sont devenus sourds dans la première année, car les renseignements des parents sont très insuffisants. A partir d'un an, l'intelligence des enfants est assez développée pour que les parents puissent se rendre compte si l'enfant répond à leurs caresses et à leurs appels.

On pourra m'objecter que je fais une simple hypothèse ; voici les faits sur lesquels j'ai pu établir ma conviction ;

Une jeune fille était confiée à mes soins par un de nos collègues pour une suppuration des oreilles. Elle était atteinte d'un iritis et d'une kératite. Sa sœur était atteinte d'une ostéite du sacrum pour laquelle un chirurgien des hôpitaux dut pratiqner une résection osseuse. Nous avions, mes confrères et moi, toute raison pour croire à une syphilis héréditaire. Chez ma petite malade un traitement mercuriel et un traitement local amenèrent une guérison en quelques mois et j'avais lieu d'espérer un rétablissement définif de l'ouie. Pendant plus d'un an aucun accident nouveau ne se produisit, puis l'ouie commença à faiblir sans que les oreilles fussent redevenue malades, et, en quelques mois, la surdité fut complète.

J'ai été consulté aussi pour une autre jeune fille de 14 ans, charmante de visage et d'esprit, d'une apparence de santé superbe et chez laquelle on ne pouvait découvrir aucune trace de cachexie. Elle devenait sourde sans maladie. Son père était mort ; il avait contracté aux colonies une de ces syphilis qui ne guérissent jamais. Sa mère avait eu une iritis et avait subi l'opération de l'iridectomie. Tous mes efforts furent vains ; le sens de l'ouie s'éteignit complétement.

Ces faits et d'autres semblables, qu'il m'a été donné d'observer, me portent à croire que ces surdités fatales et irrémédiables sont déterminées par la syphilis héréditaire,

Je ne les ai pas observées au-delà de l'âge de l'adolescence. Chez l'adulte, on observe des gommes du cerveau ou des périostites. Ces affections guérissent le plus souvent quand elles sont traitées à temps. Elles peuvent aussi tuer les malades. Je n'ai jamais observé des cas de surdité analogues à ceux sur lesquels j'ai voulu appeler votre attention.

M. Buret demande à M. Jullien comment il entend l'*hérédité seconde*. N'y aurait-il pas là une sorte de prolongation des accidents tertiaires?

M. Jullien pense que la question n'est pas suffisamment assise pour être résolue définitivement. Ce qu'il y a de certain, c'est que la transmission de la syphilis à la période tertiaire, primitivement niée, est maintenant admise par de très sérieux observateurs. Il faut, avant de s'avancer, se reposer sur les faits et non sur les hypothèses.

M. Sibut développe de copieuses considérations sur la bacillo-syphilis et la toxi-syphilis, qu'il oppose l'une à l'autre et sur lesquelles repose, selon lui, toute la question de la contagion.

M. Buret ne voit qu'une difficulté à la thèse de M. Sibut, c'est qu'elle ne repose que sur des hypothèses, le bacille de la syphilis n'étant pas encore admis par la généralité.

M. Stassano. A propos de la discussion qui vient de s'engager, je prends la permission de faire remarquer que dans les lésions de syphilis acquise dans le bas âge, à la mamelle, et les lésions de la syphilis héréditaire, les cliniciens sont uniformément d'accord qu'il n'y a aucune distinction. Ces lésions devront toutes se rapporter à l'agent infectieux de la syphilis, dont la transmission héréditaire ne serait, au fond, qu'une forme de contagion.

Pourtant, dans la syphilis héréditaire, à côté de ces lésions identiques à celles de la syphilis acquise, il y a des lésions de dystrophie, qui doivent se rapporter aux cas de déchéance de race obtenus expérimentalement par Charrin et Gley, et que M. Jullien vient de citer.

Cependant dans la syphilis acquise aussi, à côté des lésions caractéristiques, il y a des phénomènes de cachexie qui ont une intime analogie avec les phénomènes dystrophiques.

M. Sibut voit, dans ce que vient de dire M. Stassano, la confirmation de sa théorie.

M. Guépin lit un travail sur « La nécessité du traitement étiologique des arthrites uréthrales ». (*Sera publié*).

La séance est levée à 6 heures.

Le Secrétaire : Dr Mouzon.

NOUVELLES

Hôpitaux de Paris. — *Liste des chefs de service, chefs de clinique et internes d'après la nouvelle classification.*

Hotel-Dieu. — *Médecine.* — M. Dieulafoy; chef de clinique : M. Kahn ; int. : M. Gandy. — M. Proust; int. : M. Bufnoir. — M. Cornil ; int. : M. Milian. — M. Ferrand ; int. : M. Ferrand. — M. Geingot ; int. : M. Ribierre. — M, Audhoui ; int. : M. Henry Berthier.

Chirurgie. — M. Duplay ; chef de clinique : M. Cazin ; chef de clinique adjoint : M. Thévenard ; int. : MM. Ménier, Schwartz, Célos, Cochenne. — M. Polaillon ; int. : MM. Duval, Boricaud.

Ophthalmologie. — M. Panas ; chef de clinique : M. Terson ; chef de clinique adjoint : M. Mermet ; int. : MM. Imbert, Félix Terrien, Druault.

Consultations. — Médecine. — Assistant : M. Rénon ; int. prov. : M. R. Follet.

Chirurgie. — Assistant : M. Chevalier.

Hotel-Dieu Annexe. — *Médecine.* — M. Vaquez ; int. prov. : M. Silhol. — M. Klippel ; int. prov. : M. Tourlet.

Accouchements. — M. Champetier de Ribes ; int. : M. Couvelaire.

Hopital de la Pitié. — *Médecine.* — M. Jaccoud ; chef de clinique : M. Achalme. — Chef de clinique adjoint : M. Gou-

get; int. : M. Théohari. — M. Robin; int. : M. Coyon. — M. Faisans; int : M. Roux. — M. Petit; int. : M. Guéry. — M. Babinski; int. : M. Cestan. — M. Thibierge; int. : M. Monthus.

Chirurgie. — M. Berger; chef de clinique : M. Reblaut. Chef de clinique adjoint : M. Banzet; int. : MM. Brin, Herbet, Le Fur. — M. Tuffier; int. : MM. Bonamy, Rébreyend, Barbarin.

Accouchements. — M. Lepage; int. : M. Croisier.

Consultations. — *Médecine.* — Assistant : M. Capitan. — *Chirurgie.* — Assistant : M. Thiéry.

Hopital de la Charité. — *Médecine.* — M. Potain; chef de clinique : M. Lamy; chef de clinique adjoint : M. Brodier; int. : M. Durand-Viel. — M. Gouraud; int. : M. Gauchery. — M. Bouchard; int. : M. Jacques Monod. — M. Moutard-Martin; int. : M. Tissot. — M. Labadie-Lagrave; int. : M. Deguy. — M. Oulmont; int. : M. Zimmern.

Chirurgie. — M. Tillaux; chef de clinique : M. Souligoux; int. : MM. Levrey, Pascal, Guillain. — M. Campenon; int. : MM. Herrenschmidt, Rudaux.

Accouchements. — M. Maygrier; int. : M. Ulmann.

Consultations. — *Médecine.* — Assistant : M. de Grandmaison. — *Chirurgie.* — Assistant : M. Arrou.

Hopital Saint-Antoine. — *Médecine.* — M. Hayem; chef de clinique : M. Paul Tissier; chef de clinique adjoint : M. Thiercelin, int. : M. Rosenthal. — M. Brissaud; int. : M. Froussard. — M. Ballet; int. : M. Got. — M. Gaucher; int. : M. Léon Bernard. — M. Siredey : int. : M. Tournemelle. — M. Lermoyez; int. : M. Léo. — M. Gaillard; int. : M. Henry Bernard. — M. Gilles de la Tourette; int. : M. Ravaut.

Chirurgie. — M. Monod; int. : MM. Marcille, Blanc, René Monod. — M. Blum; int. : MM. Caboche, Oppenheim, Clermont.

Accouchements. — M. Bar; int. : M. Keim. — *Service supplémentaire.* — M. Caussade; int. prov. : M. Laubry.

Consultations. — *Médecine.* — Assistant : M. Lyon, int : prov. : M. Pamard. — *Chirurgie.* — Assistant : M. Guillemain.

Hopital Necker. — *Médecine.* — M. Cuffer; int. : M. Canuet. — M. Huchard; int. : M. Piatot. — M. Rendu; int. : M. Rist. — M. Barth; int. : M. Lereboullet.

Chirurgie. — M. Le Dentu; chef de clinique : M. Morestin; int. : MM. Hivet, Lavry, Luys. — M. Guyon; chef de clinique : M. Genouville; chef de clinique adj. : M. Michon; int. lauréat : M. Pasteau; int. : MM. Heresco, Cottet, Proust. — M. Routier; int. : MM. Descazals, Durrieux.

Services de consultations. — *Médecine.* — M. Mosny. — *Chirurgie.* — M. Albarran.

Hopital Cochin. — *Médecine.* — M. Delpeuch; suppl. : M. Vaquez; int. : M. Minet. — M. Chauffard; int. : MM. Griffon, Castaigne.

Chirurgie. — M. Schwartz; int. : MM. Leven, Jacomet. — M. Bouilly; int. : MM. Ardouin, Baron. — M. Quenu; int. : MM. Barnsby, Branca, Guibé.

Service temporaire de chirurgie. — M. Quenu; int. prov. : M. Balthazard.

Services de consultations. — *Médecine.* — M. Lesage; int. prov. : M. Coudert (E.). — *Chirurgie.* — M. Rieffel; suppl. : M. Wassilieff.

Hopital Beaujon. — *Médecine.* — M. Troisier; int. : M. Bacaloglu. — M. Rigal; int. : M. Clerc. — M. Debove; int. : M. Sainton. — M. Fernet; int. : M. Turner.

Chirurgie. — M. Lucas-Championnière; int. : MM. Fossard, Pagniez. — M. B. Anger; int. : MM. Jalaguier, d'Hébercourt.

Services des chroniques. — Int. prov. M. Le Scurd (F.).

Accouchements. — M. Ribemont-Dessaignes; int. : M. Delestre.

Consultations. — *Médecine.* — M. Launois; int. prov. : M. Meuriot. — *Chirurgie.* — M. Lyot.

Hopital Lariboisière. — *Médecine.* — M. Landrieux; int. : M. Martinet. — M. Duguet; int. : M. Decloux. — M. Dreyfus-Brissac; int. : M. Vouzelle. — M. Tapret; int. : M. Dévé. — M. Muselier; int. : M. Férouelle. — M. Gouguenheim; int. : M. Lombard.

Chirurgie. — M. Périer; int. : MM. de Font-Réaulx, Ferron. — *Services des chroniques.* Int. prov. : M. Weil (G.). — M. Reynier; int. : MM. Coville, Delmont-Bébet, Bonnel. — M. Peyrot; assistant : M. Guinard; int. : MM. Chaillous (M.); Tissier (P.).

Ophthalmologie. — M. Delens; int. : MM. Stanculéanu, Judet.

Accouchement. — M. Bonnaire; int. : M. Véron.

Consultations. — *Médecine.* — M. Lion; int. prov. : M. Armand-Delille. — *Chirurgie.* — M. Beurnier.

Hopital Tenon. — *Médecine.* — M. Talamon; int. : M. Bigard. — M. Achard; int. : M. Delamare. — M. Brault; int. : M. Poulain. — M. H. Martin; int. : M. Toupart. — M. Bourcy : int. : M. Mercier E. — M. Legendre; int. : M. Le Roy. — M. Béclère; int. : M. Tissier II. — M. Giraudeau; int. : M. Petit.

Service provisoire de Médecine. — M. Bourcy.

Chirurgie. — M. Félizet; int. : MM. Blandin, Maubert, Tesson. — M. Chaput; int. : MM. Guillemot, Malastic, Morely. — M. Gérard-Marchant; int. : MM. Thermey, Mauger-Noël, Dupuis-Dutemps.

Accouchements. — M. Boissard; int. : M. Mesnard.

Consultations. — *Médecine.* — M. Duplaix; suppl. : M. Triboulet; int. prov. : M. Girod. — *Chirurgie.* — M. Démelin; suppl. ; M. Isch-Wall.

Hopital laennec. — *Médecine.* — M. Landouzy; int. lauréat : M. Labbé (M.). — int. : M. Faure. — M. Barié; int. : M. Hauser. — M. Hirtz; int. : M. Merklen. — M. Merklen : int. : M. Mardin (A.). M. Jacquet; int. prov. : M. du Pasquier.

Chirurgie. — M. Reclus; int. : MM. Veau, Petron. — int. prov : M. Prat.

Consultations. — *Médecine.* — M. Claisse. — *Chirurgie.* — M. Faure.

Hopital Saint-Louis. — *Médecine.* — M. Fournier; chef de clinique : M. Emery; int. : MM. Haury, Lœper. — M. Balzer; int. : M. Mercier (R.). — M. Hallopeau; int. : M. Michaut (Ch.); int. prov. : M. Guibal. — M. Tenneson; int. : M. Grosjean. — M. du Castel; int. : M. Salmon; int. prov. : M. Boisvieux. — M. Danlos; int. : M. Yanot.

Service temporaire. — *Médecine.* — M. Florand; int. prov. : M. Cathala.

Chirurgie. — M. Richelot; int. : MM. Grisel, Hepp, Roger. — M. Bazy; int. : MM. Estrabaut, Mauger (A.), Isselin. — M. Nélaton; int. : MM. Laroche, Fresson, Dujarier.

Accouchements. — M. Auvard; int. : M. Chalochet.

Consultations. — *Chirurgie.* — M. Legueu.

Hopital des Enfants-Malades. — *Médecine.* — M. Gran-

CHER ; chef de clinique : M. Renault ; chef de clinique adj. : M. Zuber ; int. : M. Terrien (E.). — M. DESCROIZILLES ; int. : M. Herscher. — M. COMBY ; int. : M. Mettetal. — M. D'HEILLY ; int. : M. Lamoureux ; int. prov. : M. Grenet. — M. MOIZARD ; int. : M. Bernheim. — M. SEVESTRE ; int. : M. Bize.

Chirurgie. — M. LANNELONGUE ; int. : MM. Ombredanne, Desjardins. — M. BRUN ; int. : MM. Bernard (A.), Chaillous (J).

HOPITAL TROUSSEAU. — *Médecine.* — M. RICHARDIÈRE ; int. : MM. Sicard, Géraudel. — M. JOSIAS ; int. : M. Gibert. — M. NETTER ; int. : M. Cavasse. — M. VARIOT ; int. : M. Chauveau ; int. prov. : M. Daniel.

Chirurgie. — M. KIRMISSON ; int. : MM. Jeannin, Auffret ; prov. : M. Pédebidou. — M. BROCA ; int. : MM. Audiou, Bourgeois.

HOPITAL BICHAT. — *Médecine.* — M. LACOMBE ; int. : M. Deschamps. — M. ROQUES ; int. : M. Brécy.

Chirurgie. — M. TERRIER ; int. : MM. Gosset, Cunéo, Guillemin.

Consultations. — *Médecine.* — M. BARBIER ; int. prov. : M. Bentz.

CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS. — M. BUDIN ; chef de clinique : M. Dubrisay.

MAISON D'ACCOUCHEMENTS BAUDELOCQUE. — M. PINARD ; chef de clinique : M. Bouffe de Saint-Blaise.

HOPITAL BROUSSAIS. — *Médecine.* — M. OETTINGER ; int. : M. Jousset. — M. GILBERT ; int. : M. Weil (E.).

Chirurgie. — M. MICHAUX ; int. : MM. Michaux (G.), Lardennois.

Consultations. — *Médecine.* — M. WURTZ. — *Chirurgie.* — M. MALHERBE.

HOPITAL BROCA. — *Médecine.* — M. DE BEURMANN ; int. : M. Milhiet. — M. BROCQ ; int. : M. Lenglet.

Chirurgie. — M. POZZI ; int. : MM. Dartigues, Bluysen, Cadol.

Consultations. — *Chirurgie.* — M. JAYLE.

MAISON MUNICIPALE DE SANTÉ. — *Médecine.* — M. WIDAL ; int. : M. Lesné. — M. MÉNÉTRIER ; int. : M. Constensoux.

Chirurgie. — M. PICQUÉ ; int. : M. Pédeprade, Sauvage ; int. prov. : M. Morichau-Beauchant. — M. RICARD ; int. : MM. Labey, Auclair.

HOSPICE DES ENFANTS-ASSISTÉS. — *Médecine.* — M. HUTINEL ; int. : MM. Nobécourt, Bertherand.

Chirurgie. — M. JALAGUIER ; int. : MM. Monod (F.), Rastouil.

HOPITAL ANDRAL. — *Médecine.* — M. MATHIEU ; int. : MM. Sikora, Roche (L.).

Consultations. — *Médecine.* — M. POLGUÈRE ; sup. : M. Lévy (Léopold).

HOPITAL DE LA MATERNITÉ. — M. CHARRIN ; int. : M. Nattan. — M. PORAK ; int. MM. Masbrenier, Ghéorghin.

HOPITAL RICORD. — *Médecine.* — M. QUEYRAT ; int. : MM. Kendirdjy. — M. RENAULT ; int. : M. Bisch.

Chirurgie. — M. HUMBERT ; int. : M. Pelisse.

HOSPICE DE LA SALPÉTRIÈRE. — *Médecine.* — M. RAYMOND ; chef de clinique : M. Gasne ; int. : MM. Riche, Sicard, Grenet. — M. DÉJERINE ; int. : MM. Comte, Ghika. — M. VOISIN ; int. : M. Labbé (R.). — M. CHARPENTIER ; int. : M. Leroy (L.). — M. J. VOISIN ; int. : M. Manté.

Chirurgie. — M. SEGOND ; int. : MM. Claisse, Bigeard.

Consultations. — *Chirurgie.* — M. CHIPAULT ; sup. : M. Bouglé.

HOSPICE DE BICÊTRE. — *Médecine.* — M. MARIE ; int. : M. Roques ; int. prov. : M. Léri. — M. BOURNEVILLE ; int. : M. Sebilleau ; int. prov. : M. Chapotin ; int. prov. : M. Kœtz (S.). — M. SÉGLAS ; int. : M. Hertz (J.) ; int. prov. : M. Saint-Cène. — M. DENY ; int. : M. Alglave ; int. prov. : M. Moret (L.). — M. FÉRÉ ; méd. adj. : M. Chaslin ; int. : M. Quiserne ; int. prov. : M. Lance.

Chirurgie. — M. WALTHER ; int. : MM. Guillot, Zadoc ; int. prov. : M. Lévy (J.).

HOSPICE D'IVRY. — *Médecine.* — M. GOMBAULT ; int. : M. Esmonet ; int. prov. : M. Lefas.

Chirurgie. — M. POIRIER ; int. : M. Neveu ; int. prov. : M. Gimbal.

HOSPICE DES MÉNAGES (ISSY) ET HOSPICE DEVILLAS. — *Médecine.* — M. MARFAN ; int. : M. Moussiaux ; int. prov. : M. Weill (B.).

HOPITAL HÉROLD. — *Médecine.* — M. DUFLOCQ ; int. : M. Léjonne ; int. prov. : M. Sabatié.

HOPITAL D'AUBERVILLIERS. — *Médecine.* — M. ROGER ; int. : M. Garnier ; int. prov. : M. Robert.

HOPITAL DEBROUSSE. — *Médecine.* — M. THOINOT ; int. : M. Babonneix.

BASTION 29. — *Médecine.* — M. CHANTEMESSE ; int. : M. Millet.

INSTITUTION SAINTE-PÉRINE ET MAISONS CHARDON-LAGACHE ET ROSSINI. — *Médecine.* — M. LERETON ; int. : MM. Degorce (A.), Sicard (L.).

MAISON DE LA ROCHEFOUCAULT. — *Médecine.* — M. DARIER ; int. : M. Le Sourd (L.).

HOPITAL BOUCICAUT. — *Médecine.* — M. LETULLE ; int. : M. SCHÆFER ; int. prov. : M. Elias.

Chirurgie. — M. MARCHAND ; int. : M. Pestmalzoglu, Chifoliau, Loubet.

Accouchements. — M. DOLÉRIS ; int. : M. Macrez.

Consultations de médecine. — M. DE GENNES ; int. prov. : M. Roché.

Chirurgie. — M. SEBILEAU.

HOPITAL DE BERCK. — *Chirurgie.* — M. MENARD ; int : MM. Guisez, Levesque, Cathelin.

Faculté de Médecine de Paris. — Par 25 voix sur 27 votants et 2 bulletins blancs, l'assemblée des professeurs de la Faculté de Médecine a classé M. Budin en première ligne pour la place vacante de professeur de clinique obstétricale en remplacement de M. Tarnier, décédé.

M. Ribemont-Dessaignes a été classé en deuxième ligne à l'unanimité et M. Maygrier en troisième ligne par 25 voix sur 27 votants et 2 bulletins blancs.

L'affaire de Charonne. — L'affaire du Dr Laporte est venue vendredi dernier devant la cour d'Appel. L'avocat général lui-même abandonne l'accusation. Le jugement qui sera rendu demain vendredi ne peut plus être qu'un acquittement.

CHOUSSY **LA BOURBOULE** PERRIÈRE
Anémie, Diabète, Voies respiratoires
MALADIES de la PEAU, RHUMATISMES

LYMPHATISME, SCROFULE, RACHITISME : Fucoglycine Gressy.

PILULES DE QUASSINE FREMINT
Anorexie. Dyspepsie, Constipation, 1 ou 2 av. chaque repas

SACCHAROLÉ de quinquina VIGIER, 1 cuillerée à café aurepas.

Le Gérant : A. CHEVALLEREAU.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame, 52. — *Téléphone.*